

462

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1900, à 1 heure

PAR

Alfred REYT

Né à Jussac (Cantal), le 25 décembre 1875.

DE L'ABLATION

DES

VÉSICULES SÉMINALES TUBERCULEUSES

Président : M. Paul BERGER, Professeur.

Juges : MM. {
{ DIEULAFOY, Professeur.
{ WIDAL, Agrégé.
{ ALBARRAN, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 28 juin 1900, à 1 heure

PAR

Alfred REYT

Né à Jussac (Cantal), le 25 décembre 1875.

DE L'ABLATION

DES

VÉSICULES SÉMINALES TUBERCULEUSES

*Président : M. Paul BERGER, Professeur.**DIEULAFOY, Professeur.**Juges : MM. WIDAL, Agrégé.**ALBARRAN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUD.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER .

Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

AVANT-PROPOS

La tuberculose envahit souvent les vésicules séminales soit isolément, soit en même temps que les autres parties de l'arbre génital. Depuis longtemps on avait constaté son existence et depuis la thèse de Guelliot (1883) on connaissait bien ses lésions, mais jusqu'à ces dernières années, les chirurgiens n'avaient pas tenté d'enlever tous les foyers malades.

Cock, en 1850, et après lui Kocher avaient bien pratiqué des ponctions des vésicules; Lloyd et Bilfeld avaient fait des incisions, mais personne n'avait enlevé la vésicule en entier: personne n'avait fait la spermatocystectomie.

Ullmann (de Vienne) a le premier excisé les vésicules séminales en 1889 chez un malade qui avait été châtré six semaines avant pour une tuberculose du testicule et chez lequel on voyait le processus tuberculeux s'étendre aux vésicules.

Roux (de Lausanne), en 1890, alla plus loin; considérant la tuberculose génitale comme une affection locale,

souvent primaire et pensant que l'on pouvait empêcher les récidives en faisant une large ablation des parties atteintes *fit, de parti pris*, la castration totale, vésicule séminale et canal déférent compris.

Depuis, cette opération a été reprise par d'autres auteurs : Villeneuve (de Marseille) 1891, Weir (de New-York) 1892, Schede et Sick (de Hambourg) 1893, Routier 1894, Baudet et Kindirdjy 1898, Baudet 1898, Chavannaz (de Bordeaux) 1898, Villemin et Duval 1900.

Ces chirurgiens n'ont pas tous employé le même procédé pour arriver aux vésicules séminales ; ils ont utilisé plusieurs voies qui sont : la voie inguinale, la voie sacrée, la voie parasacrée et la voie périnéale.

Les faits publiés ne sont pas encore très nombreux, nous avons entrepris de les réunir, d'étudier et de discuter les différents procédés dont se sont servi les auteurs qui ont pratiqué cette opération.

Nous avons pu réunir vingt-cinq observations, parmi lesquelles nous avons eu la bonne fortune d'en avoir trois inédites que nous devons à l'obligeance de MM. Baudet, Chavannaz, Villemin et Duval.

Avant de commencer notre travail, nous sommes heureux de pouvoir témoigner toute notre reconnaissance à Monsieur le Docteur Baudet. C'est sous son inspiration que nous avons commencé ce travail et c'est grâce à ses conseils que nous avons pu le mener à bonne fin. Il a eu la bienveillance de nous aider et de nous guider dans nos recherches cadavériques et a bien voulu pratiquer lui-même devant nous une opération, suivant son procédé.

M. le professeur agrégé Quénu a eu l'extrême

obligeance de nous permettre de faire nos recherches dans son laboratoire de Clamart, nous le prions de recevoir nos remerciements.

Nous remercions également MM. Villemin et Duval qui ont bien voulu nous communiquer leur observation si intéressante et M. le professeur agrégé Chavannaz, de Bordeaux, qui, en nous envoyant la sienne, nous a donné une nouvelle preuve de cette bienveillance qu'il nous a toujours témoignée pendant nos études médicales.

Nous prions MM. les D^{rs} Dubourg, Lande, Durand, Mongour, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux, et M. Pousson, chargé du cours de clinique des maladies des voies urinaires, à la Faculté de Médecine de Bordeaux, de recevoir l'expression de notre reconnaissance.

M. le professeur Berger nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien recevoir l'expression de notre gratitude.

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lorsque la tuberculose envahit les voies génitales, on trouve à peu près régulièrement des lésions dans les différentes parties de l'arbre génital et l'on constate que le testicule, l'épididyme, la prostate, les vésicules séminales sont envahies. Il y a cependant des exceptions et il existe des cas, assez rares, il est vrai, où seules les vésicules séminales sont prises et d'autres plus nombreux où vésicules et prostate sont atteintes, mais dans lesquels le testicule et l'épididyme restent sains. Thorens, dans le Bulletin de la Société anatomique (1870, p. 244), cite un cas de ce genre. Guelliot, dans sa thèse, conclut, de l'étude de 59 observations, que « dans plus d'un tiers des cas, les vésicules sont atteintes sans que la prostate soit malade, mais que plus souvent encore le testicule et l'épididyme sont sains. » L'observation IV de sa thèse en est un bel exemple. Il s'agit d'un homme de 47 ans

qui entre dans le service du professeur Gosselin à la Charité, le 1^{er} décembre 1890, pour une fracture de côte et qui meurt deux jours après. A l'autopsie, on trouve que la vessie n'est pas malade, que les reins sont sains ainsi que les testicules et les épидидymes, seules, de l'arbre génital. les vésicules séminales sont atteintes par la tuberculose.

Le professeur Guyon, dans une leçon faite à l'hôpital Necker, démontre ce fait en s'appuyant sur des observations cliniques et sur des autopsies.

Sur 26 autopsies :

2 fois vésicules atteintes seules ;

1 fois prostate ;

13 fois appareil génital en entier ;

10 fois vésicules et prostate seules.

Et sur 127 examens cliniques :

56 fois la prostate seule atteinte ;

11 fois la prostate et les vésicules ;

2 fois l'épididyme seul ;

50 fois l'appareil génital en entier ;

2 fois l'appareil génital envahi avec quelques doutes pour la prostate ;

6 fois l'appareil génital envahi avec quelques doutes pour les vésicules.

On peut donc conclure de tous ces faits, que les vésicules séminales peuvent être primitivement envahies par la tuberculose, mais que le plus souvent, il existe aussi des lésions dans les autres parties de l'appareil génital.

Nous laisserons de côté les lésions du testicule et de l'épididyme pour nous occuper seulement de celles des

vésicules séminales. Que ces glandes soient atteintes seules ou qu'elles soient envahies avec les autres parties de l'arbre génital, les lésions sont les mêmes et leur marche identique.

1° Dans un premier stade, les bacilles de Koch envahissent la glande et déterminent la production de granulations, mais à ce moment, rien dans l'aspect extérieur de l'organe ne peut révéler sa lésion. Il a conservé ses consistance et volume normaux, et les mêmes rapports avec les parties avoisinantes. Cependant à la coupe, on peut découvrir l'existence de nodules tuberculeux très petits. Cette période doit forcément passer inaperçue à l'examen clinique puisque avec la plus grande attention, on ne peut la déceler sur la table d'amphithéâtre.

2° Puis, peu à peu, les tubercules se réunissent pour former de petites masses qui arrivent vite à avoir le volume d'une grosse tête d'épingle. Et à mesure, que cette évolution se continue, les modifications deviennent appréciables et constituent le second degré : l'infiltration caséeuse, qui est la phase chirurgicale. La glande a perdu son aspect normal, son volume est bien augmenté, sa forme modifiée, sa consistance changée, elle est devenue dure et a contracté des adhérences avec les organes voisins. Peu à peu encore, les lésions progressent, la cavité se remplit de pus qui finit par faire issue au dehors.

3° Quelquefois cependant, les lésions n'évoluent pas ainsi, on peut observer une troisième phase : la transformation fibreuse. Dufour, dans sa thèse inaugurale (1852) Howship, avaient signalé l'épaississement des parois.

Guelliot, reprenant leurs observations et en ajoutant de nouvelles, a, le premier, bien attiré l'attention sur cette forme.

La vésicule peut alors avoir conservé son volume normal, mais le plus souvent elle est plus petite qu'à l'état sain, elle apparaît comme une petite masse au milieu du tissu conjonctif.

Si l'on fait une coupe, les tissus crient sous le scapel et Howship compare la sensation obtenue à celle que l'on a, en coupant un « gésier d'oiseau ».

De ces trois stades, celui qui nous intéresse, celui dont la connaissance est la plus utile au chirurgien, est le second. C'est pourquoi nous allons reprendre l'étude des modifications imprimées à la glande.

Il faut noter tout d'abord que les lésions peuvent être cantonnées d'un seul côté et si l'on se rapporte à nos observations, on voit ce cas assez fréquent; observation XI (Roux), observation XXI (Baudet), XXII (Chavannaz); cependant la bilatéralité est beaucoup plus fréquente.

Que les lésions soient unilatérales ou bilatérales, on remarque que le volume de la glande est de beaucoup augmenté; presque tous les auteurs ont constaté qu'il avait doublé et on a pu comparer la grosseur de l'organe à celle du petit doigt et même du pouce.

En même temps que son volume, sa forme a changé. Tantôt en effet, on trouve la vésicule irrégulière, bosselée, comparable à une masse de circonvolutions cérébrales congelées (Verneuil), tantôt ces irrégularités n'existent pas, la glande est lisse ainsi que Guelliot l'a fait remarquer le premier.

Cet état différent proviendrait de ce que dans le premier cas la matière caséuse serait encore contenue dans les alvéoles de la glande tandis que le second correspondrait à des lésions plus avancées ; la cavité serait unique.

Si l'on palpe cette masse, on trouve qu'elle n'a plus la souplesse de l'organe sain, elle est dure et sa consistance rappelle celle d'une glande injectée au suif (Richet). Ensuite, elle se ramollit et donne la même impression que celle donnée par un kyste sébacé.

A la coupe, on remarque qu'elle contient des noyaux caséux plus ou moins nombreux et plus ou moins ramollis. Ces deux caractères peuvent même s'accroître à ce point qu'il n'existe plus qu'une vaste poche. Dans cette poche on trouve de la matière caséuse, du pus, quelquefois des spermatozoïdes.

A l'état normal, on peut facilement isoler la glande des organes voisins, mais lorsqu'elle est atteinte, elle contracte des adhérences fortes et nombreuses avec la vessie et la lame prostatopéritonéale. Il se forme même une couche de tissu conjonctif qui peut avoir près d'un demi-centimètre d'épaisseur (Monod et Terillon).

Il est bon de noter cependant que jamais la glande ne contracte d'adhérence avec le rectum et que dans aucune de nos observations on n'a eu de difficultés pour l'isoler de cet organe et que la dissection s'est toujours bien faite.

En même temps que les vésicules, la portion terminale du canal déférent est aussi altérée. Mais alors que dans la portion testiculaire, le canal présente un aspect particulier, moniliforme, ici il est uniformément augmenté de volume et l'on ne rencontre pas ces intervalles sains séparant les parties malades.

De même que son volume peut atteindre celui de la vésicule séminale, sa consistance rappelle celle de cette glande et à la coupe on remarque qu'il est farci de noyaux caséeux ; mais souvent ces noyaux sont contenus dans la paroi du canal, laissant sa lumière intacte. Les lésions sont surtout aussi prononcées dans la partie terminale, les autres portions du canal sont beaucoup moins atteintes.

Quant à la prostate, elle participe le plus souvent au processus et dans la majorité de nos observations, les auteurs l'ont trouvée envahie. L'altération peut ne porter que sur un lobe de la glande ou sur sa totalité. Vidal de Cassis avait prétendu que les premiers dépôts tuberculeux se faisaient à la base de la glande et plus souvent du côté de l'urèthre ; mais pour Thompson, les dépôts tuberculeux semblent affecter plus tôt la périphérie que la partie centrale. Souvent aussi, on ne note qu'un petit foyer de la grosseur d'un pois environ, petit foyer qu'il est facile d'enlever.

Ici comme dans les vésicules séminales, l'altération se traduit par une augmentation de volume notable, par un changement dans la consistance de la glande qui est devenue dure.

A la coupe, on trouve également des noyaux caséeux. Il faut noter qu'il y a une plus grande tendance à l'ulcération que dans les vésicules séminales et que les fistules consécutives sont beaucoup plus fréquentes.

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Comme nous l'avons vu, la tuberculose génitale peut ne pas exister au niveau du testicule, alors que déjà les vésicules séminales et la prostate sont envahies, et il est des cas où elle se cantonne longtemps dans ces organes avant d'attaquer le testicule. Godard cite une observation dans laquelle la tuberculose de la prostate précéda de six ans celle du testicule. Il peut arriver que la lésion se révèle par des troubles fonctionnels qui consistent en troubles de l'éjaculation et de la miction. Ricord, Dolbeau, Mongin, Guyon, ont insisté sur ce point.

Quels sont donc ces symptômes ? Quelquefois le malade se plaint d'une grande irritabilité vésicale, il a de fréquentes envies d'uriner, et, comme le malade de Weir, est obligé d'uriner toutes les heures.

A la fin de la miction, survient une douleur aiguë et

passagère. On peut aussi constater l'existence d'une hématurie légère.

Il existe également des écoulements qui consistent en blennorrhées rebelles, accompagnées de ténésme vésical et de douleurs vives au cathétérisme pendant la traversée prostatique. Ces écoulements proviendraient d'après Guyon du développement de granulations grises dans la portion prostatique de l'urèthre.

L'état des fonctions génitales peut également fournir des renseignements : Souvent on a constaté de l'éréthisme génital ; les érections sont fréquentes, suivies de rapides éjaculations ; les pollutions nocturnes sont aussi fréquentes. Reclus en rapporte des observations dans sa thèse, Cazalis en a signalé plusieurs cas à la société anatomique. Verneuil a aussi rapporté l'histoire d'un homme de 28 ans, qui en 1872 a des désirs continuels, il s'adonne au coït avec fureur ; à l'excitation génitale succède l'anaphrodisie en 1875 et en 1876, apparaissent des symptômes de tuberculose génitale et urinaire.

Cependant ces symptômes fonctionnels peuvent souvent manquer ; c'est ainsi que dans la plupart de nos observations, ils ne sont pas signalés.

Mais quand ils existent, ils doivent attirer l'attention et faire rechercher les signes physiques que nous allons maintenant étudier et qui seuls permettent de faire le diagnostic.

Ces symptômes nous sont révélés par le toucher rectal :

Le doigt arrive d'abord sur la prostate et suivant que les lésions atteignent toute la glande ou sont cantonnées

sur un des lobes il va recueillir des sensations différentes.

Tout d'abord, on perçoit une hypertrophie de la glande, cette augmentation de volume peut ne porter que sur un des lobes, ou même sur une partie des lobes, comme dans l'observation XII où l'on percevait un noyau au point d'abouchement des vésicules séminales, ou bien la glande entière est agrandie et vient former une grosse saillie dans le rectum.

En même temps que le doigt perçoit cette augmentation de volume, il acquiert aussi d'autres notions : La prostate n'est plus élastique, souple, elle est dure, comme injectée à la cire.

La surface n'est plus lisse, elle est irrégulière, présente de nombreuses bosselures et ces bosselures limitées par un bord net donnent la sensation, de « grains de plomb incrustés dans un parenchyme élastique et rénitent ».

A côté de ces saillies dures, on trouve des points ramollis, où l'on perçoit de la fluctuation, mais ces points ne présentent qu'une très faible étendue. Très souvent en faisant cet examen, on provoque de la douleur, mais ce symptôme est loin d'être constant, il se rencontre surtout quand les lésions sont avancées et qu'il existe un petit abcès de la glande.

Au-dessus de la prostate, le doigt arrive sur la vésicule. Quand elle est malade, le col devient facilement perceptible, et on a la sensation d'un petit cylindre se perdant en bas dans la prostate et se continuant en haut avec une masse arrondie ou allongée. Et quand elles sont atteintes dans leur entier, elles peuvent être dures, inégales,

bosselées, ou bien, comme l'a montré Guelliot, lisses et ayant la consistance du mastic.

Leur volume est bien augmenté, à ce point que les auteurs ont pu les comparer au petit doigt (Chavannaz) au pouce, à une noix (Baudet).

A côté des vésicules, on sent le canal déférent augmenté de volume, dur, bosselé, formant le plus souvent une masse unique avec la vésicule.

Comme pour la prostate, l'examen est quelquefois douloureux.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le seul traitement que nous envisagerons est celui qui consiste à enlever complètement les vésicules séminales tuberculeuses.

Pour les aborder, les chirurgiens se sont adressés à différentes méthodes, nous n'étudierons pas ces méthodes en suivant l'ordre chronologique, mais nous les passerons successivement en revue dans l'ordre suivant :

Méthodes qui utilisent :

- 1° La voie inguinale ;
- 2° La voie parasacrée ;
- 3° La voie sacrée ;
- 4° La voie périnéale ;

VOIE INGUINALE

Cette méthode a été préconisée par Villeneuve et par

son élève Platon. Voici comment Villeneuve décrit le manuel opératoire (1) :

« On commence par l'incision de la vaginale comme pour la cure radicale de l'hydrocèle. Le testicule mis à nu est examiné, respecté, s'il est sain, curé et cautérisé s'il est malade. L'épididyme est ensuite détaché avec soin de bas en haut, et le canal déférent soigneusement isolé.

L'incision des téguments est prolongée jusqu'à l'orifice inguinal. On tire progressivement sur le canal déférent comme on le fait sur le ligament rond dans l'opération d'Alexander et on effondre peu à peu avec l'index la paroi postérieure du trajet en se guidant sur la saillie de ce canal. On peut aussi inciser, si c'est nécessaire, un des piliers de l'anneau. On arrive ainsi rapidement à décoller la paroi latérale de la vessie. Le doigt reconnaît bientôt la base de la prostate et au-dessus la vésicule qu'il accroche et détache. Il faut prendre garde à ce moment de tirer trop fort sur le cordon qui se rompt facilement à son abouchement sur la vésicule, ce qui m'est arrivé plusieurs fois à l'amphithéâtre. Si l'ablation de la vésicule offre quelques difficultés on laisse quelques débris ; il sera facile de les enlever à la curette. »

Au premier abord il paraît séduisant d'aborder les vésicules séminales par cette voie, car cette méthode ne nécessite qu'une incision unique et qu'un seul temps opératoire. Mais quand on relit les observations des inter-

(1) VILLENEUVE. Epididymotomie dans la tuberculose. Association française pour l'avancement des sciences. Marseille, 1891, p. 726-727.

ventions pratiquées sur le vivant (Weir, Platon, Villeneuve) et les expériences faites sur le cadavre on voit qu'elles présentent de nombreuses et grandes difficultés. Tout d'abord il est difficile chez l'adulte d'isoler et de suivre le cordon dans la traversée pelvienne. M. Poirier cependant trouve que ces difficultés ne sont pas insurmontables, malgré que la plupart des auteurs admettent qu'il est très difficile de séparer au bout des doigts, dans la profondeur, le canal du tissu cellulaire qui l'entoure.

En second lieu le canal déférent casse souvent : tout le monde l'admet, Villeneuve lui-même, dans ses expériences cadavériques, a souvent échoué.

Platon donne dans sa thèse le résultat de ses recherches personnelles faites à l'hôpital de la Conception à Marseille.

N° 1 Homme 29 ans le canal casse à 38 cm. de sa naissance.

2	—	18	—	25	—
3	—	34	—	40	—
4	—	46	—	22	—

La portion intacte du canal est reprise avec une pince et nous arrivons à arracher 10 centimètres encore du canal déférent, ce qui donne une longueur de canal réséquée de :

				32 cm. de sa naissance.
N° 5	—	50	—	26 —
6	—	27	—	39 —
7	—	45	—	42 —

A l'extrémité du cordon il existait le commencement de la vésicule :

N° 8	—	23	—	30 cm. de la naissance.
9	—	58	—	29 —
10	—	17	—	33 —

Donc seulement dans un cas sur ces dix observations on a pu atteindre la vésicule.

Guédroytz de Béloséroff (de Lausanne), a également fait des essais qui ont été infructueux.

La rupture se fit :

la 1^{re} fois à la hauteur de 26 centimètres.

2 ^e	—	24	—
3 ^e	—	28	—
4 ^e	—	30	—
5 ^e	—	31	—
6 ^e	—	27	—

Tous les sujets étaient adultes.

Les expériences de Weir, Fuller, Guelliot n'ont pas été plus heureuses et d'après ces faits on doit admettre qu'il est difficile de ne pas rompre le canal déférent au cours de cette opération, avec le manuel opératoire indiqué par Villeneuve.

On pourrait incriminer l'état des tissus qui sont moins résistants sur un cadavre de 24 heures que sur le vivant. Mais, en revanche, ces expériences étaient faites sur des sujets dont le canal devait être sain et par conséquent plus résistant que ne peut l'être un canal envahi par la tuberculose. Du reste, les interventions sur le vivant ne sont pas plus heureuses. Weir a échoué dans sa tentative, Fuller également.

En troisième lieu, on ne peut enlever la vésicule à cette

distance que par un arrachement et il est difficile de la sectionner à ciel ouvert.

Outre ces difficultés, on peut encore signaler quelques inconvénients; tout d'abord la rupture du péritoine, accident arrivé à Weir. Ensuite on peut très bien déchirer l'artère déférentielle les branches de la vésiculaire, les veines péri vésiculaires ce qui serait d'autant plus gênant qu'on ne pourrait lier ces vaisseaux et qu'on ne pourrait arrêter l'hémorragie que par un long tamponnement.

En résumé, cette méthode offre quelques difficultés :

1° Le canal déférent est difficile à isoler dans sa portion pelvienne ;

2° Il se rompt le plus souvent ;

3° On ne peut pas enlever la vésicule à ciel ouvert.

Ces difficultés n'existent pas chez l'enfant.

L'observation de MM. Villemin et Duval montre que l'opération peut être menée à bonne fin; chez l'adulte, on peut les rendre moins grandes.

Il faut, dans ces cas, suivre une technique différente. Elle consiste à fendre le canal inguinal dans toute sa longueur, à décoller le péritoine et à l'écarter largement, à disséquer le canal déférent avec les ciseaux et la sonde cannelée et non plus à le décoller avec les doigts dans la profondeur, à saisir la vésicule et à l'enlever à ciel ouvert nous ne pouvons indiquer ces modifications opératoires que très sommairement. MM. Baudet et Duval vont publier dans quelques jours le résultat de leurs recherches et la technique de cette opération.

VOIE PARASACRÉE

Cette méthode a été suivie par Schede et par Sick (de Hambourg). Ces auteurs en publiant leurs observations n'ont pas donné la technique opératoire.

Nous avons répété cette opération, avec le concours de M. Baudet, dans le laboratoire de M. Quénu. Voici d'après nos recherches, comment on peut faire cette opération :

Le malade est placé dans le décubitus latéral et couché sur le côté opposé à la vésicule que l'on veut enlever, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin.

1° On incise la peau, suivant une ligne qui part du sommet du coccyx et se dirige obliquement en haut et parallèlement au bord du sacrum et suivant le bord de cet os sur une longueur de 10 centimètres environ.

2° On sectionne ensuite le tissu cellulaire sous cutané, le grand fessier, le grand ligament sacro-sciatique.

Il faut encore couper la partie supérieure du releveur de l'anus, et si l'on veut se donner du jour, il faut même sectionner partie ou totalité du muscle ischiococcygien.

On tombe alors sur la face postérieure du rectum, il faut récliner cet organe en bas et le libérer des tractus celluloux qui le font adhérer à la face postérieure de la loge prostatopéritonéale. La vésicule apparaît alors, elle est profondément située à 10 ou 12 centimètres environ.

Cette incision donne beaucoup de jour, la région vésiculaire est très bien découverte. Mais les vésicules sont à une grande profondeur, et il est difficile de les saisir.

VOIE SACRÉE

Elle a été suivie par Schede, Fuller, Routier. Ces chirurgiens ont employé tantôt le procédé primitif de Kraske, tantôt les modifications apportées par Rydygier, Routier (observation V) dans un cas de compression du rectum provoqué par des vésicules tuberculeuses a utilisé la méthode de Kraske, Schede en usa également (observation III). Ce dernier auteur, dans un autre cas, a utilisé le procédé de Rydygier.

Nous insisterons également sur cette méthode que nous avons aussi expérimentée sur le cadavre. La façon de couper le sacrum n'a pas grande importance; il faut cependant noter qu'il n'est pas nécessaire d'aller très haut.

Nous ferons aussi remarquer qu'il vaut mieux couper le sacrum en dehors des trous sacrés qu'en dedans, et cela à cause de la disposition des aponévroses, décrite par Farabeuf (précis de Manuel opératoire, p. 1063).

En examinant le schéma de Farabeuf, on verra facilement que si le sacrum est coupé en dehors des trous sacrés, les vésicules seront bien plus facilement abordables.

Cette opération offre les mêmes avantages que celle qui a utilisé la voie parasacrée et les vésicules sont aussi bien en vue.

On ne sectionne pas les ligaments sacrosciatiques ni le releveur de l'anوس. Mais l'os sur lequel ces organes viennent s'insérer, et par le fait on désinsère ces organes.

Cette méthode offre donc les mêmes inconvénients que la précédente et nous les rappelons :

Décollement du rectum, grande profondeur de la plaie.

Cette intervention n'est pas très grave, mais elle est compliquée.

Cependant lorsque leur enveloppe est ouverte, les vésicules se laissent amener un peu plus près du bord de l'incision.

Nous ferons remarquer que pour arriver sur elles, il faut couper le grand fessier, le grand ligament sacro-sciatique, le releveur et l'ischiococcygien. L'opération n'est certainement pas très grave, mais elle n'est pas simple, et si elle donne un jour suffisant, elle laisse le champ opératoire à une grande profondeur.

Telles sont les remarques que nous avons pu faire nous-même sur le cadavre.

VOIE PÉRINÉALE

La voie périnéale a été la plus fréquemment suivie. Ullmann (de Vienne) (1889), Roux (de Lausanne) (1890), Weir (de New-York) (1892), Baudet et Kindirdjy (1898), Baudet (1898), Chavannaz (de Bordeaux) (1898), l'ont employée. Ces auteurs n'ont pas tous usé de la même méthode et voici leurs différents procédés.

Procédé d'Ullmann (1). — Pour atteindre les vésicules séminales, il a eu recours à une incision prérectale dont la concavité embrasse l'anus, et dont les extrémités

(1) Extirpation tuberculosöer Samenbläschen *Centralbl. für Chirurg.*, 1890. N. 8, p. 139-141.

atteignent les tubérosités ischiatiques. Un aide introduit le doigt dans le rectum pour prévenir toute blessure de cet organe. On sectionne le septum périnéal. Après la séparation des fibres du releveur de l'anus qui viennent du pubis, la prostate apparaît parfaitement dénudée. Alors on détache le rectum et après avoir introduit une sonde en métal dans l'urèthre, on pousse la paroi postérieure de la vessie en avant, faisant ainsi saillir le canal déférent et les vésicules séminales.

Procédé de Roux (1). — Le malade est placé dans la position de la taille et maintenu dans une immobilité absolue par l'appareil gynécologique de Roux.

On fait une incision d'environ dix centimètres à deux ou trois centimètres de la ligne médiane et analogue à la section pararectale de Wölfer, mais atteignant tout juste en arrière le niveau coccyx. Cette incision permet d'arriver sur la prostate et la face antéro-latérale du rectum, très rapidement, dès qu'on a sectionné les fibres antérieures (seules intéressées) du releveur de l'anus, celles qui forment en avant l'étrier d'entrecroisement et qui sont mêlées aux fibres du sphincter externe de l'anus.

L'index gauche introduit dans le rectum va accrocher la vésicule séminale qu'il amène facilement dans le fond de la plaie, ou on la saisit dans une anse de fil.

Une fois qu'on la tient de cette façon, on refoule avec le doigt, au fond de la plaie sans aucune difficulté, tous

(1) GUÉDROYTZ DE BÉLOSÉROFF. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 mars 1899, p. 215.

les tractus conjonctifs qui la fixent en haut, soit du côté de la vessie, soit en arrière et on attire enfin avec une extrême facilité le reste du canal déférent. On tient maintenant la vésicule par son extrémité supérieure, le col est sectionné au ras de la prostate et on place alors des points au catgut sur la muqueuse, puis sur la musculuse et enfin une dernière suture sur tous les tissus voisins.

Les trois plans de suture sont probablement inutiles, car il doit y avoir peu de tendance à la formation d'une fistule urinaire.

Toutefois, c'est une précaution qui réussit et la fistule a été observée.

Une longue et étroite bandelette de gaze iodoformée draine le fond de la plaie et sort entre les points de suture tout en assurant l'hémostase. On l'enlève 24 heures après sans toucher au pansement qui reste jusqu'à guérison.

Le malade est sondé pendant deux ou trois jours.

Procédé de Guelliot (1). — 1° Malade dans la position de la taille, sonde dans l'urèthre.

2° Incision prérectale, curviligne, allant de l'ischion gauche à l'ischion droit; du côté de la vésicule à enlever, on la prolonge en arrière en contournant l'anus jusqu'au raphé postérieur. Cette incision périrectale comprend ainsi les deux tiers au moins de la circonférence de l'anus.

3° Incision des tissus sous-jacents jusqu'à la graisse de la fosse ischio rectale, l'urèthre est séparé du rectum par la section du raphé ano bulbaire.

(1) *Presse médicale*, 20 avril 1898, p. 195.

4° Le releveur de l'anus est mis à nu, du côté à opérer, il est incisé largement à partir de son bord interne ; de l'autre côté on débride simplement en entamant ce bord.

5° Pour aborder les organes profonds une grosse pince de Museux est appliqué sur le bord antérieur de l'anus : par son propre poids, elle suffit pour abaisser le rectum et le refouler en arrière ; une valve vaginale écarte en haut le bulbe et l'urèthre. Le doigt arrive facilement sur la prostate et décolle sa face postérieure.

6° Une pince tire-balle ou à griffe, saisit la prostate près de son bord antérieur et l'abaisse. On peut en effet, par une traction modérée, faire descendre de plusieurs centimètres la prostate, les vésicules et le bas fond vésical, ce qui facilite singulièrement les manœuvres ultérieures.

7° Avec la sonde cannelée ou les ciseaux, on déchire l'aponévrose sur la face postérieure de la prostate, puis avec le doigt on continue la dénudation et on sépare la prostate et les vésicules séminales de la face antérieure du rectum. La vésicule malade est isolée en agissant prudemment, en dehors, à cause du plexus veineux, au fond à cause du péritoine. L'index gauche introduit dans le rectum peut augmenter l'abaissement et même inverser la vésicule.

8° Mais il peut se faire que l'isolement de l'organe soit rendu difficile et que son volume empêche de l'enlever d'une seule pièce. Il faut alors la morceller comme un utérus trop gros ou adhérent. Le col est sectionné au ras de la prostate ; une pince attire la vésicule, on incise au-dessus d'elle ; avant de détacher complètement le fragment, on saisit au-dessus le moignon avec une seconde

pince et on continue jusqu'à ce que tout l'organe soit enlevé. Pour ce morcellement, le thermo-cautère est très utile, parcequ'il expose moins aux hémorragies et aux inoculations septiques ou tuberculeuses.

9° Si une ligature profonde est difficile à faire, on laissera sur les vaisseaux qui saignent une ou deux pinces à demeure pendant 24 heures. Quelques points de suture profonds rétrécissent la plaie qui est bourrée de gaze iodoformée.

Procédé Baudet et Kendirdjy. — Pour aborder les vésicules les auteurs se sont servi de la méthode que MM. Quénu et Baudet ont préconisée pour l'extirpation du rectum par la voie périnéale, en y apportant quelques modifications.

L'incision commence, linéaire au devant de l'anus et se continue latéralement. On coupe ensuite la graisse de la fosse ischio-rectale et on repère la face inférieure du releveur.

On incise ce muscle dans sa partie moyenne en respectant les faisceaux antérieurs et postérieurs.

On introduit l'index par cette boutonnière et on décolle les faisceaux antérieurs de leur aponévrose supérieure, puis saisissant avec les doigts tout le raphé ano scrotal, faisceaux musculaires compris, on l'incise près du bulbe que les doigts repoussent en avant et protègent, loin de l'anus que l'aide tire en arrière et cela jusqu'aux faisceaux antérieurs du releveur.

Si on les coupait, on risquerait de pénétrer dans le rectum, ce qu'il faut éviter.

On effondre ensuite le tissu cellulaire prérectal, en passant entre le bord interne des deux releveurs dont les faisceaux antérieurs et l'aponévrose forment ce que M. Quénu appelle les cloisons sagittales. On pince l'une de ces cloisons située du côté malade et on la sectionne en arrière de la pince. Le rectum tiré en arrière et du côté opposé laisse apparaître le champ vésiculaire.

On accroche alors avec le doigt l'anse que forme le canal déférent autour de la vésicule, et après l'avoir décollé aussi haut que possible et sectionné, on tire sur lui pour abaisser l'aponévrose prostato péritonéale et surtout pour la fixer. Il ne faut pas faire de tractions violentes car les vésicules ne cèdent qu'une fois que leur gaine aponévrotique a été ouverte. On déchire donc avec la sonde cannelée ou les ciseaux l'aponévrose sur la face postérieure de la vessie, puis avec les doigts on continue la dénudation et l'on sépare facilement la prostate et les vésicules de la face inférieure du rectum.

Lorsque la vésicule est isolée, elle tient encore à la prostate par son col. On incise l'aponévrose de Denonvillers le long du canal déférent dans le triangle interdéférentiel. On saisit à pleine main le canal déférent et la prostate, et MM. Baudet et Kendirdjy recommandent de les sectionner non pas en dehors du tissu prostatique mais en pleine glande, faisant ainsi une petite excision cunéiforme de la prostate.

Les vésicules enlevées, il faut suturer entre eux les divers plans du périnée.

On suture d'abord le releveur ; en prenant dans la



FIG. 1.

1. Rectum récliné à gauche. — 2. Trou de la section du releveur anal. — 3. Faisceaux internes du releveur non encore sectionnés. — 4. Espace décollable pré-rectal situé entre les releveurs. — 5. Creux ischio-rectal.

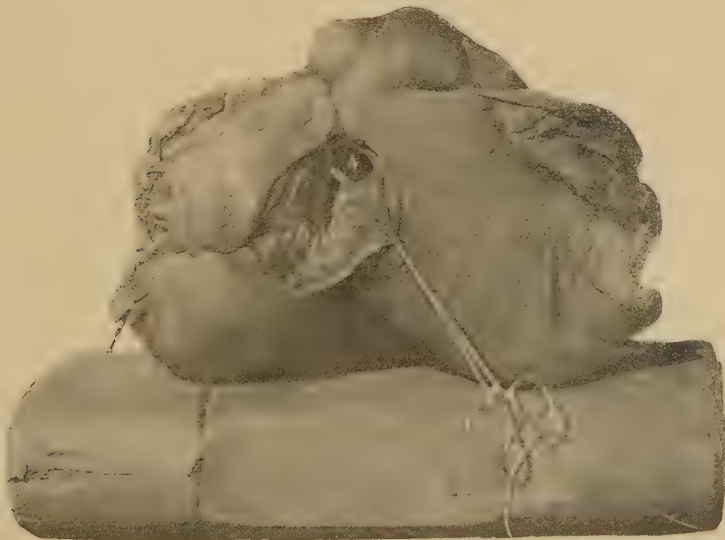


FIG. II.

1. Rectum récliné à gauche. — 2. Espace pré-rectal. — 3. Vésicule. — 4. Canal déférent. — Les faisceaux antérieurs et internes ont été coupés.

suture l'aponévrose supérieure de ce muscle on a un plan beaucoup plus résistant.

Ensuite on accole les deux lèvres de la fosse ischio-rectale béante par des points de suture profonds et superficiels.

Le drainage de la plaie est subordonné au chirurgien.

Appréciation de la méthode périnéale.

Les incisions cutanées adoptées par les auteurs quoique différentes par leur tracé, mettent largement à découvert les plans profonds de la région. Comme elles atteignent toutes le résultat cherché, nous croyons qu'il est peu utile de les discuter.

Ce qu'il faut discuter surtout, c'est la façon plus ou moins commode que l'on emploie pour traverser les plans profonds du périnée. Il nous semble que deux méthodes s'opposent nettement l'une à l'autre : 1° la méthode de Roux ou méthode latéro-rectale, qui contourne le rectum en négligeant ses attaches antérieures ; 2° la méthode prérectale (Ullmann, Guelliot, Baudet et Kendirdjy, Chavannaz) qui s'attache à séparer le rectum du bulbe et de la prostate.

Nous allons comparer ces deux méthodes.

I. Méthode prérectale. — Par l'incision prérectale il faut : 1° sectionner le raphé anobulbaire ; 2° sectionner le releveur de l'anus ; 3° effonder le tissu cellulaire qui sépare la prostate du rectum.

La section du raphé anobulbaire, la séparation de la prostate et du rectum sont des temps dangereux, car on risque de blesser le bulbe, l'urèthre, la vessie d'une part, le rectum de l'autre. Il faut bien le dire, les auteurs insistent peu sur les repères anatomiques qui permettent d'éviter à coup sûr la blessure de ces organes. Seuls Baudet et Kindirdjy, utilisant la méthode périnéale décrite par Quénu et Baudet pour l'extirpation du rectum cancéreux ont, pour ainsi dire, réglé anatomiquement les divers temps de l'opération ; nous rappellerons les indications qu'ils donnent dans leur manuel opératoire :

1° Pour éviter la section du bulbe, il n'est pas besoin de se guider à travers un cathéter placé dans l'urèthre, et pour éviter la blessure du rectum, de se guider sur un doigt placé dans cet organe ;

2° Il faut séparer la prostate du rectum en effondrant avec le doigt le tissu cellulaire lâche interposé entre les organes ;

3° Pour bien faire cette libération, il faut conserver les attaches du releveur qui tendent les tissus et ne les couper qu'après avoir achevé cette libération. Avant de faire la section du raphé on sectionne le releveur sur les côtés, puis l'on passe l'index au-dessus de lui et on l'insinue au-dessus du raphé, au-devant de l'anus. On pince ce raphé entre les deux doigts placés au-dessus et au-dessous de lui, puis on le sectionne.

Les doigts sont placés de telle sorte qu'on ne risque pas de couper le rectum car on couperait le doigt situé entre le raphé et cet organe, on ne risque pas davantage

de blesser le bulbe tenu éloigné par le doigt placé au-dessus de ce raphé.

Le raphé sectionné, on effondre le tissu cellulaire prérectal, ce tissu cellulaire est lâche, c'est un tissu de remplissage. On l'effondre facilement en le refoulant d'arrière en avant et de bas en haut, c'est-à-dire en dirigeant la pulpe de l'index vers l'ombilic. On s'éloigne du rectum; si l'on pousse très haut ce décollement qui se fait facilement, on met à nu le cul-de-sac du péritonéal que l'on éloigne de plus en plus des vésicules.

A ce moment-là, on coupe les attaches antérieures du releveur, on met deux ou trois pinces au ras de la prostate et on sectionne tout à fait en avant, c'est-à-dire aussi loin que possible du rectum.

1° Les faisceaux antérieurs du releveur; 2° son aponévrose supérieure; 3° le pédicule vasculaire hémorroïdal moyen.

La section de ces cloisons sagittales, du releveur est nette, les bords des faisceaux sectionnés se retrouvent facilement à la fin de l'opération quand on veut les suturer. En somme, le procédé de Baudet et Kendirdjy donne le même jour que celui d'Ullmann et Guelliot. Il ne diffère de ces derniers que par sa technique opératoire plus réglée et la sécurité qu'il donne dans la section du périnée, sans que l'on soit obligé de placer un cathéter dans l'urèthre et un doigt dans le rectum.

Méthode latéro rectale. — Par la méthode de Roux, on évite le temps difficile de la séparation ano-bulbaire, en n'incisant pas de parti pris cette cloison. C'est

là une supériorité réelle de cette méthode sur l'ensemble des procédés que nous avons appelés prérectaux.

Roux coupe latéralement le releveur de l'anús et va directement de la fosse ischio-rectale aux vésicules séminales.

Cette voie est large et le champ opératoire met suffisamment à découvert la vésicule malade. Mais elle est inférieure sur ce point à la voie prérectale.

D'abord les vésicules sont situées à une plus grande profondeur de l'incision cutanée, en effet plus les incisions se rapprochent du bulbe et plus on est près du bas fond vésical, de la prostate et des vésicules.

Les expériences cadavériques que nous avons faites, nous ont montré que l'on était assez gêné pour accrocher les vésicules et les libérer. Cette gêne n'est pas invincible, il est possible sans doute de couper les vésicules avec des ciseaux, mais, et c'est là une opinion personnelle, c'est-à-dire sujette à contestation, nous croyons que l'on manœuvre plus à l'étroit par la méthode de Roux que par les autres.

En second lieu, cette incision latérale expose mal la vésicule et le canal déférent de l'autre côté, de sorte que s'ils étaient malades et si on voulait les enlever, on serait très gêné. Certes ce ne sont pas des raisons péremptoires qui font rejeter une méthode, ce sont seulement des critiques légères qui font qu'elle ne nous paraît pas la méthode de choix.

Pour les raisons invoquées plus haut, s'il nous fallait choisir parmi les méthodes périnéales nous choisirions la voie prérectale exécutée suivant le procédé Baudet et Kendirdjy.

Exérèse des vésicules

Nous venons d'exposer les diverses méthodes par lesquelles on peut aborder les vésicules séminales, nous allons maintenant étudier les différents temps qui permettent leur ablation et la reconstitution du périnée.

Ces temps sont au nombre de trois.

Section du canal déférent.

Décollement des vésicules.

Reconstitution du périnée.

Section du canal déférent. — Nous avons vu que Roux accrochait les vésicules avec un doigt introduit dans le rectum. Guelliot saisit la prostate avec une pince tire-balle ou à griffes, l'abaisse et avec elle tout le plan du bas fond vésical, y compris les vésicules.

Willems a remarqué, sur le cadavre qu'en injectant une certaine quantité de liquide dans la vessie les vésicules s'abaissent. Il recommande cette manœuvre sur le vivant.

MM. Baudet et Kendirdjy accrochent avec le doigt, l'anse que forme le canal déférent autour de la vésicule, et après avoir décollé aussi haut que possible et *sectionné*, ils tirent sur lui pour abaisser l'aponévrose prostatopéri-tonéale et surtout pour la fixer.

Il ne faut pas faire de tractions violentes, car les vésicules ne cèdent qu'une fois que leur gaine aponévrotique a été ouverte.

Décollement des vésicules. — Ces organes bien engainés dans le dédoublement de l'aponévrose ne se laissent pas isoler du rectum et des parois pelviennes. Il faudrait pour cela sectionner sur les bords de la vésicule la lame prostatopéritonéale, mais on risquerait d'ouvrir les vaisseaux si nombreux de la région ce qui rendrait l'opération longue et difficile.

Il faut donc comme le propose Guelliot et comme l'ont fait MM. Baudet et Kindirdjy « déchirer avec la sonde cannelée ou les ciseaux l'aponévrose, sur la face postérieure de la prostate, puis avec les doigts on continue la dénudation et l'on sépare facilement la prostate et les vésicules séminales de la face antérieure du rectum. »

La vésicule, une fois isolée, tient encore à la prostate par son col. On incise l'aponévrose de Denonvillers, le long du canal déférent, dans le triangle interdéférentiel.

On saisit alors à pleine main, canal déférent et vésicules qui ne tiennent plus qu'à la prostate.

Il ne reste plus qu'à les trancher, M. Baudet a sectionné non pas en dehors du tissu prostatique, mais en pleine glande. C'est ce que Schede avait fait également.

Puis on rapproche les deux lèvres de la perte de substance glandulaire et on les réunit au catgut.

Reconstitution du périnée. — L'ablation des vésicules étant faite, il faut suturer entre eux, les différents plans périnéaux.

On réunit la portion externe du releveur à ses attaches rectales. En prenant dans la suture l'aponévrose supé-

rieure de ce muscle, on aura un plan beaucoup plus résistant.

On a ainsi l'avantage d'une part, de fermer la loge hypogastrique, d'autre part, de restituer au rectum des moyens de fixité et d'attache. La suture du releveur est facilitée considérablement par la section nette du muscle de beaucoup préférable à la déchirure avec les doigts.

Le releveur étant reconstitué, on accole les deux lèvres de la fosse ischio rectale béante, par des points de suture profonds et superficiels.

Le drainage de la plaie est subordonné au chirurgien. Nous pensons qu'étant donné le voisinage de l'orifice intestinal, il est plus prudent de drainer, d'autant que cela n'empêche pas la plaie de se fermer assez rapidement.

Suites opératoires

Nous aurions voulu donner les résultats éloignés des interventions pratiquées sur les vésicules séminales, mais nous n'avons pas pu nous procurer les renseignements qui nous auraient été nécessaires et nous ne pouvons parler que des résultats immédiats ou presque immédiats. Résultats fort intéressants cependant, car ils montrent que la spermatocystectomie n'est pas une opération grave.

En effet, dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, et dans celles que nous devons à l'obligeance de MM. Baudet, Chavannaz, Villemin et Duval, nous voyons que l'opération s'est toujours terminée par la guérison immédiate.

Cependant nous devons signaler quelques complications qui se produisent en premier lieu dans l'état général et ensuite dans l'état local.

L'état général du malade semble s'être aggravé dans quelques cas; à la suite de l'intervention, un malade de Guelliot, quelques mois après l'opération, a eu une poussée aiguë du côté du poumon. Roux a également eu un de ses opérés qui a eu une poussée méningitique.

Dans l'observation de Chavannaz, nous voyons une tuberculose pulmonaire, douteuse au moment de l'intervention devenir très rapidement envahissante et emporter le malade quelques mois après.

Ces faits sembleraient donner raison à l'opinion de Verneuil qui pensait que l'opération sanglante était la cause d'accidents semblables survenus après la castration. Mais Lannelongue pense qu'il ne sont nullement sous la dépendance de l'opération et il nous est permis de penser que la spermatocystectomie doit être également à l'abri de ce reproche et que l'on ne doit voir dans ces observations qu'une simple coïncidence sans qu'il soit possible d'établir une relation de cause à effet.

A côté de ces accidents, on en observe d'autres qui dépendent de l'état local.

On a observé des hémorragies consécutives assez abondantes; le malade d'Ullmann en eût une qu'il fut assez difficile d'arrêter.

On a également rencontré des fistules urinaires qui ont mis longtemps à se tarir.

Souvent dans nos observations nous avons vu que la plaie ne se cicatrisait pas bien et qu'il persistait pendant

un temps assez long, un trajet fistuleux donnant issue à du pus.

Neuf mois après l'opération, la fistule persistait encore chez le dernier opéré de Roux. Le premier malade de Baudet conserva une fistulette qui se tarit pendant quelques temps, récidiva ensuite et nécessita l'excision du trajet.

Les opérés de Schede eurent le premier une fistule sacrée, le second une fistule fessière due à une tuberculeuse sacro-iliaque secondaire, le troisième quitta le service avec une raie de granulations sur le périnée. Celui de Sick avait « une fistule donnant beaucoup de pus. »

Ces complications assez souvent observées viennent assombrir un peu le pronostic, mais si l'on peut considérer la spermatocystectomie comme une opération délicate, on ne doit pas la considérer comme une opération grave.

Conclusions générales

Il nous paraît résulter de nos discussions précédentes que deux méthodes seules peuvent s'opposer, la méthode inguinale et la méthode périnéale.

La méthode périnéale en effet barre la route aux méthodes sacrées et parasacrées. Il nous paraît peu recommandable de sectionner le sacrum, pour aller enlever la vésicule malade et sur ce point nous préférons suivre la voie parasacrée et paracoccygienne ; parceque du moins l'ablation des vésicules terminées,

on peut faire la restauration à peu près intégrale des divers plans anatomiques sectionnés.

D'autre part, cette voie parasacrée nous oblige à sectionner le grand fessier, le grand ligament sacro-sciatique et le releveur de l'anus. Elle oblige aussi à récliner le rectum et à le libérer en avant, et le jour manque pour faire cette libération. Et enfin elle laisse les vésicules à une assez grande profondeur.

Aussi quoique l'on puisse exécuter l'opération par la voie sacrée, nous lui préférons la voie périnéale par le procédé de Roux.

Par cette voie, on aborde directement les vésicules en reportant son incision très en arrière sans cependant sectionner le grand fessier, et le grand ligament sacro-sciatique. En second lieu on n'est pas gêné par la présence du rectum qu'on n'a pas à libérer et à récliner. Ce sont là deux grands avantages de la méthode de Roux sur les méthodes sacrées et parasacrées.

Malgré ces grands avantages, le procédé de Roux ne nous paraît pas encore le procédé de choix, nos préférences iraient plutôt au procédé de Quénu, Baudet, employé pour l'extirpation du rectum cancéreux et adopté par Baudet et Kendirdjy à l'ablation des vésicules séminales. Par la voie périnéale antérieure, il existe en effet un temps délicat que ce procédé permet de supprimer : ce temps est la section du raphé anobulbaire, mais avec les règles opératoires données par ces auteurs, ce temps est facile et sans danger comme nous l'avons vu.

D'autre part, lorsque la voie est ouverte, la région

vésiculaire apparaît plus largement et se trouve bien plus à portée de la main que dans toutes les autres méthodes et c'est le point capital de l'opération.

Aussi lui accordons-nous la préférence.

Quant à la voie inguinale, elle est peut-être loin de mériter le discrédit dont elle jouit. Nous l'avons expérimenté après bien d'autres, avec le concours de MM. Baudet et Duval et nos dernières recherches tendraient à modifier les conclusions anciennes : c'est du reste, l'opinion de M. Poirier. Mais il faudrait, pour cela, changer le procédé opératoire un peu aveugle de Villeneuve et de Platon. Il faut ouvrir largement le canal inguinal, fendre la paroi postérieure de ce canal et le fascia transversalis jusqu'au péritoine, puis avec de longs écarteurs récliner la masse intestinale et le péritoine.

C'est là l'esquisse du procédé opératoire que MM. Baudet et Duval ont expérimenté et dont ils doivent donner la technique dans quelques jours.

Cette voie sera d'une application plus courante que la voie périnéale, puisque on pourra, par une seule incision, enlever toutes les parties malades.

Si par hasard, on était arrêté par quelques difficultés, si le canal déférent cassait, si l'on ne pouvait isoler la vésicule, on terminerait l'opération par la voie prérectale.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A L'EXTIRPATION DES VÉSICULES SÉMINALES

On peut se trouver en présence de deux cas différents :

- 1° Il existe une tuberculose vésiculaire isolée;
- 2° Il existe une tuberculose testiculaire compliquée de tuberculose vésiculaire.

Dans le premier cas, nous serions d'avis de faire l'ablation des vésicules par la voie périnéale et le procédé Quénu-Baudet nous semblerait le procédé de choix.

Si la tuberculose vésiculaire coëxiste avec une tuberculose testiculaire, on devra, dans un premier temps, opérer les lésions du testicule et de l'épididyme, enlever la totalité du canal déférent et chercher ensuite à pratiquer l'ablation de la vésicule. Si l'opération échoue ainsi, il faudra terminer par la voie périnéale ainsi que l'a fait Weir de New-York.

Mais toutes les lésions vésiculaires sont-elles justitiables de l'intervention ?

Non, car l'expérience montre que souvent, après un traitement purement médical, les lésions peuvent régresser. Ces cas sont cependant assez rares, plus fréquents sont ceux où l'on observe la régression des lésions après une intervention sur le testicule : Berger a vu souvent les lésions vésiculo-prostatiques rétrocéder après la castration ; Reclus a également observé le même fait, et chez un de ses malades, la prostate grosse et prête à suppurer « s'était ratatinée après la castration ». Une simple épidi-dymotomie peut aussi produire une amélioration. Il semble, ainsi que le dit M. Quénu, qu'en enlevant l'excès du mal on permet à l'organisme de mieux se défendre.

Pour que la régression se produise, il faut que les lésions vésiculo-prostatiques ne soient pas très avancées et n'aient pas de tendance à la suppuration. Le plus souvent, d'ailleurs, on se trouve en présence de cas semblables et il est alors contre indiqué d'opérer.

Mais cependant dans quelques cas, les lésions vésiculaires sont très volumineuses, l'organe malade est gros comme « une noix », peut-on espérer la régression spontanée ?

Si ces lésions ne sont pas suppuratives, on peut attendre à la rigueur, une simple opération partielle de l'épididyme, un traitement général énergique, permettront peut-être à l'organisme de se débarrasser du deuxième foyer de tuberculose.

Si au bout de quelques temps les lésions restent stationnaires ou augmentent, il faudra opérer.

Donc, dans les cas de suppuration manifeste des vésicules tuberculeuses, il faut opérer.

Lorsque les lésions ne sont pas encore suppuratives, ni très volumineuses, on peut attendre; mais l'indication devient formelle lorsque, après tout traitement, les lésions persistent ou progressent.

salle Moulaud, n° 7, dans le service de M. le professeur Villeneuve. Le malade, pâle et anémié, se plaint de ses testicules ; en effet, à ce niveau, on constate une tumeur appartenant au testicule gauche et présentant le volume d'une grosse pomme. A l'aspect extérieur, le scrotum est rouge, sans tension particulière à droite ; à gauche, du côté du testicule malade, la peau est tendue, lisse, décelant probablement une inflammation de la vaginale avec épanchement consécutif. A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la face antérieure du scrotum, siège une petite fistule qui laisse sourdre du pus d'aspect macroscopiquement tuberculeux. A la palpation, on perçoit une induration sensible de l'épididyme, séparé nettement du testicule, qui présente une douleur assez vive à la pression. Tout le long du canal déférent, augmenté de volume et présentant une rigidité anormale, on constate des noyaux durs, en chapelet, remontant très haut dans le canal inguinal.

Le toucher rectal fait arriver sur une prostate augmentée de volume, notamment du côté du lobe gauche, qui paraît bosselé et induré. Les vésicules séminales sont difficiles à atteindre : il semblerait que la vésicule gauche est plus volumineuse que la droite. Les ganglions inguinaux sont développés de chaque côté.

L'auscultation du malade ne révèle rien ; à droite le murmure respiratoire est un peu voilé, l'expiration prolongée. D'ailleurs, pas d'antécédents héréditaires.

Les antécédents personnels se résument dans une variole de l'adolescence ; aucune trace de scrofule, ni de syphilis. A signaler cependant la facilité avec laquelle ce malade s'enrhume depuis quelques hivers.

Malgré cette toux chronique, pas d'amaigrissement. Enfin, ses cinq enfants sont bien portants et sans trace d'hérédité bacillaire.

C'est vers la fin du mois de septembre 1895, que le testicule gauche avait augmenté de volume, en même temps qu'évoluaient des phénomènes intestinaux que le malade ne peut nettement

caractériser. Après huit jours de repos au lit, il reprit son travail malgré la persistance de la tumeur. Enfin, au commencement de décembre, il abandonna complètement son métier de terrassier. Ne voyant aucune amélioration survenir, il entra à l'Hôtel-Dieu.

Opération le 17 janvier. — Incision du scrotum jusqu'au canal inguinal.

Ouverture de la vaginale qui laisse écouler le liquide épanché. L'épididyme gonflé, volumineux, à noyaux caséeux, est facilement détaché au thermocautère. Le canal déférent est disséqué soigneusement en respectant les vaisseaux du cordon. Cinq noyaux tuberculeux siègent sur le trajet du canal déférent qui est poursuivi très loin dans l'anneau ; à ce moment, en tirant sur lui, il se détache brusquement, entraînant une partie de la vésicule dont la section montre une masse caséeuse en voie de ramollissement.

La longueur totale de l'épididyme et du canal enlevé est de 40 centimètres.

Le testicule, sans lésions apparentes, est remis en place : après avoir enlevé le tissu cicatriciel de la fistule scrotale, la suture en surjet est pratiquée avec drainage à la partie inférieure. Le pansement soigneusement fait, le malade est reporté dans la salle.

28 janvier. — Premier pansement. La plaie est en très bon état ; les fils sont enlevés. Pas de suppuration à la partie inférieure ; le drain est enlevé. Pour combattre la constipation, on ordonne un lavement purgatif. La température est toujours normale.

4 février. — Deuxième pansement. La plaie, complètement cicatrisée, ne présente aucune trace de suppuration. Le testicule, de volume normal, offre à la partie inférieure une légère induration. Le malade, qui jouit d'un appétit excellent, est très satisfait.

Toujours un peu de constipation, combattue par l'huile de ricin. Depuis ce jour, le malade commence à se lever.

25 février. — A l'auscultation on ne constate rien de particulier. L'appétit est toujours parfait, et la digestion facile.

Le malade augmente journellement de poids ; car le professeur Villeneuve a ajouté à son régime le traitement médical par l'huile de foie de morue à haute dose. Le testicule droit est toujours sain ; le gauche sans atrophie, très mobile, ne présente presque plus d'induration à la partie inférieure.

Le malade sort le 1^{er} mars.

Vers la fin de l'année 1896, nous avons revu ce malade à la consultation gratuite du professeur Roux de Brignoles. Son état général était excellent. Les poumons étaient toujours en bon état, et son scrotum, habité de deux testicules sans lésions, satisfaisait complètement le malade. Erections et coït faciles.

OBSERVATION III

Tuberculose testiculaire gauche. — Castration latérale gauche.

Spermatocystectomie par voie sacrée. Méthode de Kraske.

SCHUDE (de Hambourg). In Guédroytz de Béloséroff, page 239.

Homme atteint de tuberculose testiculaire gauche. Par le rectum on ne trouva rien d'anormal, la vésicule ne semblait ni dure, ni agrandie. En procédant à la castration ordinaire, on ne réussit pas à atteindre la partie saine du canal déférent, on procède à l'extirpation de la vésicule séminale. Après l'incision sacrée de Kraske, le coccyx fut complètement réséqué ; on trouva la vésicule gauche transformée en une vaste cavité remplie de masses fongueuses, dont la résistance était si minime qu'on ne la distinguait en rien des parties avoisantes. C'est probablement à cause de ce manque de résistance que le diagnostic par le rectum ne fut pas fait.

L'énucléation de la vésicule séminale étant impossible, on réussit à extirper cet organe après avoir dénudé le canal défé-

rent du côté de l'incision inguinale et y avoir introduit une sonde très mince.

Le malade était entré dans un état cachectique ; il se remit rapidement ; mais il se forma ensuite une très petite fistule, il quitta le service dans un état général excellent.

OBSERVATION IV

Tuberculose de l'épididyme gauche. Extirpation de la vésicule séminale gauche d'après la méthode sacrée de Rydygier.

SCHÉDE, 1894. In Guédroytz. *Loco citato*, page 240.

Epididymite tuberculeuse gauche, paraissant être la suite d'un traumatisme. Par le rectum on sentait la vésicule séminale gauche agrandie. Par la castration gauche, on découvrit le canal déférent réduit dans tout son trajet intrapéritonéal à une masse fongueuse.

On fit l'opération par la méthode sacrée de Rydygier. Le coccyx, provisoirement réséqué à sa limite avec le sacrum, fut rabattu à droite ; on écarta aussi le rectum à droite, et on pénétra jusqu'à la vésicule séminale qu'on extirpa facilement, ainsi que le bout restant du canal déférent qui mesurait 18 cm. Au bout de cinq semaines, la guérison fut complète. Le sacrum et le coccyx complètement soudés, le patient n'accuse pas la moindre douleur.

OBSERVATION V

Rétrécissement du rectum dû à la compression par les vésicules tuberculeuses (voie sacrée).

ROUTIER. *Presse médicale*, avril 1898, page 193.

Opération de Kraske. Résection assez pénible et partielle des vésicules séminales. Guérison du rétrécissement.

OBSERVATION VI

Extirpation de la vésicule séminale gauche tuberculeuse.
(Incision parasacrée)

Dr Sick, 1893. Hambourg. In Guédroytz. *Loco cit.*, page 240.

Le patient, étant châtré du côté gauche, revint dans le service deux mois plus tard avec une vésiculite tuberculeuse du même côté.

On fit l'extirpation par une incision verticale commençant au milieu du sacrum et passant au côté gauche de l'anus.

On enlève le coccyx, on écarte le rectum, et, après avoir pénétré dans la région prostatique, on extirpe la vésicule séminale gauche avec le reste du canal déférent.

Au commencement, bonne cicatrisation; plus tard, formation d'une fistule donnant beaucoup de pus, preuve qu'il y a récurrence de tuberculose dans la région de la vésicule séminale extirpée.

Le patient quitte le service, suivant son désir.

OBSERVATION VII

Tuberculose des deux vésicules séminales. Extirpation des deux vésicules par incision semi-lunaire du périnée.

SCHÉDE. In Guédroytz. *Loc. cit.* p. 240

Un homme, châtré précédemment des deux côtés, arrive avec une vésiculite tuberculeuse.

On fait l'extirpation des deux vésicules après l'incision de Von Dittel. L'incision semi-lunaire permet de pénétrer dans la profondeur entre la vessie et le rectum, en décollant ce dernier.

On enleva les deux vésicules séminales avec les restes des canaux déférents.

Guérison prompte et rapide.

OBSERVATION VIII

Epididymite et vésiculite tuberculeuse droite. Castration droite extirpation de la vésicule séminale droite par incision semi-lunaire du périnée.

SCHEDÉ (de Hambourg), 1894. In Guédroytz. *Loc. cit.*, p. 241.

Epididymite et vésiculite tuberculeuses. Par le rectum on sent la vésicule séminale droite augmentée de volume.

Après la castration droite, par l'incision de Von Dittel, on pénètre entre la vessie et le rectum en décollant ce dernier jusqu'à la vésicule séminale. Une fine sonde introduite dans le canal déférent par son bout périphérique aide à l'orientation et à l'extirpation de la vésicule séminale droite avec le reste du canal.

Pendant la convalescence, il s'établit une forte suppuration de l'articulation sacro iliaque qui se termina par une fistule, avec laquelle le patient quitta le service.

OBSERVATION IX

Tuberculose de la vésicule séminale droite. Extirpation des deux vésicules par incision pararectale

SCHEDÉ Hambourg 1895. In Guédroytz
Loc. cit. p. 241.

Le patient, étant châtré du côté droit, fut atteint six semaines plus tard d'une vésiculite tuberculeuse. L'opération fut faite par incision pararectale et démontra que les deux vésicules étaient atteintes de tuberculose à un fort degré.

Les vésicules extirpées, on fit une incision du côté gauche du scrotum et on trouva que la partie périphérique du canal déférent, ainsi que l'épididyme, étaient intacts, la tuberculose étant descendante.

Deux mois après l'opération, le patient quitta le service avec une raie de granulation sur le périnée.

OBSERVATION X

Extirpation des vésicules séminales tuberculeuses (voie périnéale).

Dr EMERICH ULLMANN. Centralblatt für chirurgie 1890,
n° 8, p. 133.

E. K..., âgé de 17 ans, est entré à la clinique de M. Albert^t pour une tuberculose de l'épididyme. L'examen par le rectum a montré que la vésicule séminale droite avait un volume double du volume normal. Celle du côté gauche paraissait normale. De temps à autre, le malade accusait des douleurs lancinantes dans l'anus. Pas d'érections, ni de pollutions.

Il n'y avait pas trace de tuberculose pulmonaire ; on entendait partout le murmure vésiculaire.

17 juin 1889. Castration latérale droite. Le canal déférent est infiltré assez haut. Après l'opération, le patient est gardé dans le service en observation. Comme on voyait le processus s'étendre, on procéda le 27 juillet 1889 à l'extirpation des vésicules séminales par une incision semi-lunaire du périnée, placée entre l'anus et la base du scrotum, et ayant sa base tournée vers le coccyx. L'un des aides ayant, pour plus de sûreté, introduit le doigt dans le rectum, on sectionna dans le tracé même de l'incision tous les tissus jusqu'au raphé périnéal.

Après la section des faisceaux du releveur qui viennent du pubis et l'hémostase complète de la région, la prostate était complètement mise à nu. On fait alors récliner le rectum en arrière ; puis, introduisant un cathéter dans la vessie, on cherche à faire saillir la paroi postérieure de cet organe. Grâce à cette manœuvre, les canaux déférents et les vésicules séminales étaient en vue et facilement abordables. On constata que la

vésicule séminale droite était fort agrandie, sa partie supérieure caséifiée et l'inférieure infiltrée, le canal déférent du même côté infiltré. La vésicule séminale du côté gauche était aussi agrandie et dure.

Toutes ces parties, après avoir été soigneusement préparées, furent extirpées, sauf le canal déférent gauche qui paraissait intact. Dans l'angle supérieur droit de la prostate, on découvrit un petit abcès du volume d'un pois; cette partie de la prostate fut aussi extirpée. L'hémostase faite, un drain fut introduit, et la plaie fermée par des sutures étagées.

Le même soir, une forte hémorrhagie survient et oblige à ouvrir la plaie et à tamponner celle-ci à la gaze iodoformée. Plus tard on s'aperçoit que l'urine s'écoulait par la plaie (probablement par le canal éjaculateur blessé par un instrument tranchant).

Peu de temps après, le patient entra en convalescence. Entré dans le service dans un état misérable, sa santé devint florissante. La plaie se ferma, ne laissant qu'une petite fistule. La miction se fit normalement et l'urine sortait par l'orifice externe. Deux érections ont eu lieu dans les derniers temps.

Le patient mourut quelques années plus tard de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XI

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent en totalité en cas de castration pour tuberculose primaire (voie péri-néale).

Roux (de Lausanne). In Guédroytz. *Loc. cit.*, p. 234.

M. B. Jules, charpentier, âgé de 44 ans, entre dans le service le 17 mars 1890.

Pas d'hérédité tuberculeuse ; pas d'infection syphilitique. Aucune maladie antérieure jusqu'à l'année 1890, quand, au mois de janvier, il fut atteint d'une influenza qui dura cinq semaines.

Peu après, sans cause évidente, il fut pris de fièvre et ressentit une douleur aiguë dans le testicule gauche, qui se tuméfia et atteignit le volume d'une pomme. A son entrée, les poumons et les voies urinaires paraissaient sains.

La moitié gauche du scrotum renferme une tumeur concave en bas et en dehors, convexe dans le sens inverse.

Au toucher, on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme fluctuante, et à contours réniformes ; le canal déférent est infiltré jusque dans le canal inguinal.

Par le toucher rectal, on constate que la vésicule séminale gauche est agrandie considérablement, bosselée, lobulée, légèrement douloureuse à la pression. La vésicule séminale droite est plus petite que la gauche, mais plus grande que normalement, indolore, à contours normaux.

Diagnostic : Tuberculose du testicule gauche.

Opération le 20 mars 1890 par le procédé Roux. On trouve la vésicule séminale gauche remplie de petits noyaux caséux et suppurés. En attirant la vésicule séminale droite dans la plaie, on constate son intégrité. Le patient se réveille, ne souffre pas le soir ; cathétérisme.

22 mars. — On enlève le drain et la mèche iodoformée

24 mars. — On enlève les sutures. Réunion par première intention.

27 mars. — Plaie en bon état ; état général bon.

20 avril. — Le patient quitte le service, guéri ; pas de fistule, ni de douleur à la pression. Les contractions de l'anus sont tout à fait normales et énergiques.

En enfonçant profondément le doigt, on sent que le releveur de l'anus se reconstitue en entier. Sur la prostate, du côté gauche, on sent une petite verrue correspondant à l'incision de la vésicule séminale enlevée. La glande séminale droite paraît

normale et plus petite qu'avant l'opération. Pas d'infiltration. Etat général excellent.

Le patient fut revu en août 1898. Guérison complète ; état général très bon ; aucune manifestation locale.

OBSERVATION XII

*Tuberculose du testicule gauche. Castration gauche.
Vésiculectomie. (Voie périnéale).*

Roux (de Lausanne). In Guédroytz. *Loc. cit.*

M. V..., âgé de 50 ans, journalier. Entré dans le service le 26 janvier 1891.

Aucune maladie antérieure. A la fin de septembre 1890, éprouve de la peine à marcher et aperçoit que le scrotum a augmenté de volume. Dix jours plus tard, la tumeur prend le volume d'un poing ; la ponction amène un liquide rougeâtre.

Les poumons et les voies urinaires sont sains.

Dans la partie droite du scrotum, tumeur du volume d'un œuf d'oie, indolore, divisée par un sillon en deux parties, dont l'inférieure est fluctuante. Le cordon, de la grosseur d'une plume de corbeau, se laisse poursuivre en arrière jusqu'à la tumeur où il se perd ; en avant, jusqu'à l'anneau inguinal externe.

Par le toucher rectal, on constate que la vésicule séminale droite est deux fois plus grande que normalement, bosselée, irrégulière, et on trouve au milieu, entre les points d'arrivée des deux vésicules séminales sur la prostate, un petit noyau dur.

Diagnostic : Tuberculose de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale droite.

Opération le 2 février 1891 par le même procédé Roux.

Après la castration, on procède à l'extirpation de la vésicule séminale. L'incision faite, on pénètre dans la profondeur et on cherche à dégager la vésicule séminale des tissus voisins. La

vésicule est farcie de tubercules et autour du canal déférent il y a plusieurs abcès en chapelet. On les excise et on extirpe la vésicule séminale et totalité avec le reste du canal déférent.

On place une mèche de gaze iodoformée autour des pinces à demeure.

Bandage en T.

3 février 1891. — On enlève toutes les pinces.

6 février. — On enlève les sutures. Réunion par première intention.

15 février. — Formation d'une très petite fistule à l'entrée du canal inguinal.

19 février. — Inoculation de 0 cmc. 003 de tuberculine de Koch; maux d'estomac, étourdissements, douleurs dans la jambe. Temp. 38°.

20 février. — A 5 h. 1/2 du soir, aphasie totale, hémiplegie droite, incontinence d'urine. Après avoir passé par le gâtisme le plus complet, l'opéré va mieux, commence à parler et à mouvoir bras et jambes.

Il quitte le service au milieu de mai 1891. L'hémiplegie droite est un peu améliorée. Exagération moins forte des réflexes. Localement, au niveau de la plaie antérieure, une fistule laissant échapper à la pression une gouttelette de pus. A la plaie postérieure, une fistule plus grande donne passage à un peu de liquide.

Le patient meurt le 13 février 1895 d'une apoplexie cérébrale.

Depuis l'opération, son état général était allé en améliorant; il marchait avec une canne; pas de récurrence locale; point de fistule.

OBSERVATION XIII.

Tuberculose du testicule gauche et de la vésicule séminale gauche. Castration gauche et extirpation de la vésicule séminale gauche.

D^r Roux. In Guédroytz. *Loc. cit.* p. 238.

B... Ferdinand, 62 ans, agriculteur. Entré dans le service le

14 juillet 1892 avec le diagnostic de tuberculose du testicule et de la vésicule séminale gauche.

Homme robuste ; pas d'hérédité. Aucune maladie antérieure. A la fin de juin, il remarque que le scrotum augmente de volume subitement sans cause aucune et sans douleur.

A l'examen : phimosis assez marqué ; testicule gauche induré, épaissi de même que l'épididyme qui adhère à la peau. Le canal déférent très épais est facilement suivi jusqu'au canal inguinal. A l'examen rectal, prostate de grandeur normale. Les vésicules séminales semblent empaquetées dans un tissu fibreux adhérent au bassin.

Opération le 14 juillet 1892. Castration gauche et extirpation de la vésicule suivant le procédé de Roux.

On voit la vésicule séminale gauche épaissie, dure et englobée dans une induration des parties voisines. On saisit tout cet amas avec une pince de Museux ; on le tire au jour et on sectionne son pédicule.

Désinfection de la plaie. Mèche de gaze iodoformée ; quatre point de suture. Sur le scrotum, suture de Gérard, pansement,

25 juillet.—On enlève les quatre fils de suture, un peu de suppuration. Le patient n'a pas de fièvre ; état général bon.

20 août. L'opéré quitte le service, la plaie près de l'anus non complètement guérie.

Le patient est revu le 15 octobre 1898. Etat général bon ; pas de récurrence locale, ni dans le scrotum, ni au niveau des vésicules séminales.

OBSERVATION XIV

Tuberculose du testicule droit. Castration droite et extirpation de la vésicule séminale droite (voie périnéale)

D^r Roux. In Guédroytz. *Loc. cit.* p. 239.

H... Louis, célibataire. 19 ans. Entré dans le service le 20 mars 1893. Pas d'hérédité tuberculeuse. Pas d'infection

syphilitique. Jeune homme avec apparence de santé. En 1891, il aperçut que son testicule droit grossissait très lentement. En janvier 1893, une fistule se forma, donnant issue à du pus pendant cinq jours, puis se referma.

Quelques jours avant son entrée, il ressentit des douleurs spontanées au testicule, revenant plus ou moins souvent dans la nuit.

Jeune homme sain des poumons et des voies urinaires.

Localement à la partie supérieure du scrotum, cicatrice de l'ancienne fistule adhérente à la queue de l'épididyme, par un cordon fibreux ; testicule droit plus volumineux que le gauche (volume d'une noix dans sa coque verte), dur, résistant et moins douloureux à la pression que le testicule normal.

Epididyme agrandi, dur, bosselé, cordon en chapelet.

Par l'exploration rectale, prostate agrandie, son lobe droit dur et douloureux. Pas de fluctuation.

Diagnostic. Tuberculose du testicule droit.

Opération le 22 mars 1893. Au cours de la castration, on a beaucoup de peine à isoler les éléments du cordon.

En procédant à la spermatocystectomie, on trouve la vésicule séminale droite très adhérente. Le long du cordon existe un amas ramolli qui crève en donnant une cuillerée à soupe environ de pus épais.

On réussit à extirper la vésicule en totalité et tout ce qu'on peut de ce qui reste du canal déférent et de son sac pyogène.

Hémostase soignée ; désinfection de la plaie.

Tampon iodoformé. Pansement.

23 mars. — On enlève les pinces hémostatiques.

24 mars. — On enlève les tampons.

28 mars. — On enlève les sutures. Réunion par première intention. Excellent état général.

2 mai 1893. L'opéré quitte le service, la plaie inférieure non complètement guérie. Cautérisation au nitrate d'argent.

OBSERVATION XV

Extirpation des vésicules séminales tuberculeuses
(voie périnéale).

Roux (de Lausanne). In Guédroytz. *Loc. cit.* p. 242.

C... François Charles, 46 ans, mécanicien. Pas d'hérédité tuberculeuse.

Le 20 mars 1895, il subit la castration droite simple pour épидидymite tuberculeuse. Rentre dans le service le 20 avril 1895.

Homme paraissant être absolument sain des poumons et des voies urinaires, de constitution robuste.

Au commencement d'avril, il aperçut à la partie supérieure du testicule gauche une petite tumeur qui coiffait celui-ci et qui augmenta lentement de volume. En peu de temps, le testicule devient pesant et douloureux.

Localement, dans la bourse gauche, on sent une tumeur du volume d'un œuf de poule à surface lisse, de consistance pseudo-fluctuante, coiffée d'une autre qui se continue avec le cordon spermatique, ce dernier présentant des renflements en forme de chapelet.

Une fistule au côté gauche du scrotum donne issue à un peu de pus.

Par le rectum, prostate engorgée, à limites diffuses; surface granuleuse; consistance pseudo-fluctuante. Vésicules séminales dures, à limites diffuses.

Examen pas douloureux.

Diagnostic : Tuberculose du cordon et des deux vésicules séminales.

Opération le 18 juin 1895.

Après avoir fait la castration gauche simple. on excise tout le trajet fistuleux par une incision ovalaire et on sectionne le cordon au-delà de l'anneau inguinal.

Spermatocystectomie par la méthode de Roux. On trouve les deux vésicules séminales infiltrées, adhérentes ; leur extirpation est excessivement laborieuse. On détache la vésicule droite et le reste du canal déférent.

A l'extirpation de la vésicule séminale gauche, une petite hémorrhagie survient et, après avoir dégagé la vésicule du tissu environnant, on ne parvient pas à extraire en totalité le déférent ; une petite portion reste en place.

Sur la coupe, la prostate et les vésicules séminales présentent plusieurs foyers purulents du volume d'un pois

19 juin. — Le patient se sent un peu affaibli.

21 juin. — Etat général bon. On remplace par un drain la mèche iodoformée.

26 juin. — On enlève les fils. Réunion par première intention. On enlève le drain périnéal.

7 juillet 1895. — Plaie testiculaire guérie. Plaie périnéale presque fermée.

25 juillet. — Il reste une petite fistule paranale qui secrète un peu.

1^{er} août. — Le patient quitte le service. Etat général très bon. La fistule persiste.

Revu le patient le 22 décembre 1896. Etat général bon. Une petite fistule a reparu avec sécrétion insignifiante. Au toucher, pas de vésicules séminales, ni de prostate palpables. On ne remarque pas d'altération du caractère, ni de l'énergie.

En janvier 1896, état excellent.

OBSERVATION XVI

Tuberculose de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale gauche (voie périnéale). Castration; extirpation de la vésicule et du canal déférent.

Roux. In Guédroytz. *loc. cit.*, p. 247.

E..., Julien, 18 ans, apprenti menuisier.

Entré dans le service le 11 mai 1898, avec le diagnostic de tuberculose de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale gauches.

Aucune hérédité tuberculeuse. Quelquefois des angines. L'affection actuelle a débuté subitement vers la fin de janvier 1898, pendant la nuit, et sans cause aucune, par une douleur aiguë et une tuméfaction de la partie gauche du scrotum. Ce gonflement augmente toujours et le 11-12 mai, sur la partie antérieure du scrotum, se forme une tumeur du volume d'une noisette, dure et indolore.

Jeune homme maigre, habitus tuberculeux. Rien d'anormal dans les poumons, ni dans les voies urinaires.

Localement, tuméfaction scrotale gauche, du volume d'un œuf de canard.

En avant, près du raphé médian, petite élevation arrondie, autour de laquelle la peau est rouge et fluctuante.

Autour, une tuméfaction dure, bosselée, à limites nettes, coiffant le testicule comme un grand capuchon. Canal déférent épaissi, dur.

Par le rectum, vésicule séminale gauche dure, semblant être injectée de cire. Canal déférent ayant, au niveau de la prostate, le volume d'une plume de corbeau, allant en haut en s'épaississant. A droite, rien d'anormal.

Opération le 23 mai 1898, par le procédé Roux, avec cette

différence qu'au lieu de faire d'abord la castration simple, on procède à l'extirpation de la vésicule séminale et, une fois cette dernière disséquée avec les doigts et les ciseaux, elle est séparée et coupée au ras de la prostate. La partie inférieure du canal déférent une fois libérée, on passe à l'excision du testicule et du canal déférent. On revient ensuite à l'incision inférieure et l'on extrait la vésicule avec le reste du canal déférent.

Cautérisation de la surface de section de la vésicule séminale au thermocautère.

Toilette de la cavité. Tampon iodoformé. A la peau, trois fils de suture au crin de Florence, qui ne sont pas noués. Suture de la plaie scrotale au catgut.

24 mai. — Bon état général. Suintement sanguin abondant. On enlève le tampon, on serre et on noue les fils de la suture dans la peau. On place encore trois sutures pour parfait affrontement des bords de la plaie. Petit drain.

On sonde le patient pendant plusieurs jours.

30 mai. — Enlèvement des sutures, réunion par première intention.

4 juin. — Très bon état général. Il sort une goutte de pus par l'orifice du drain ; mais cette fistule n'est pas profonde.

17 juin. — L'opéré quitte le service, la fistule persiste.

Revu en août 1898. Son état général est excellent. Guérison complète. Pas de fistule.

OBSERVATION XVII

Tuberculose du testicule et de la vésicule séminale gauche. Castration du testicule gauche et extirpation de la vésicule séminale gauche (voie périnéale).

Roux. In Guédroytz. *Loc. cit.*, p. 249.

K... G., 33 ans et demi, agriculteur.

Sa sœur est atteinte de tuberculose pulmonaire. Lui-même a souffert souvent de bronchites.

A l'âge de 14 ans, à la suite d'un coup de pied porté sur les parties génitales, il fut atteint d'un gonflement passager du scrotum.

En 1889, tuméfaction dure et légèrement douloureuse de l'épididyme (il ne se souvient pas duquel) qui disparut sans laisser de trace.

Au commencement de mai 1897, après un travail pénible, il aperçut que la partie gauche du scrotum était grosse, dure et douloureuse. Cette tuméfaction augmenta rapidement de volume et, après avoir essayé le traitement symptomatique, il entra à l'hôpital le 3 août 1897. Pas de syphilis, ni d'affection des voies urinaires.

Dans les poumons, murmure vésiculaire partout ; au sommet gauche, un peu de souffle rude.

Localement, dans le scrotum gauche, tumeur du volume d'un poing, à limites nettes.

Peau saine et non adhérente à sa partie supérieure ; rouge, amincie et adhérente à la partie inférieure de la tumeur qui est franchement fluctuante. L'épididyme gauche est hypertrophié, enflammé, dur comme du bois, et présente en haut une hydrocèle simple. Il est impossible de distinguer le testicule dans cette masse. Le canal déférent est épaissi dans sa totalité.

Par le rectum, on sent la vésicule séminale gauche grosse, large, présentant des parties dures, et paraissant recouverte de petits grains de raisin. Vésicule séminale droite normale.

Opération le 6 août 1897, d'après le procédé de Roux. Après l'incision, on arrive sur la vésicule séminale gauche, qu'on détache des parties avoisinantes.

Avant de l'extirper complètement, on procède à la castration du testicule gauche, en ayant soin de couper obliquement le canal déférent. On revient ensuite à la vésicule et on l'extirpe avec le reste du canal en totalité. Suture du scrotum au crin de Florence. Un drain de 10 à 12 cent. de long dans la plaie inférieure. Pansement complet.

6 août. — La plaie scrotale suinte un peu ; on la rouvre et on place deux points de suture à la soie. Temp. 37°.

8 août. — Il sort un peu de sang avec de l'urine par la plaie pararectale. Tamponnement. Temp. 38°3.

12 août. — On met une sonde à demeure. Tamponnement à la gaze iodoformée.

20 août. — On ôte la sonde à demeure et on voit apparaître un écoulement purulent par la plaie paractérale. Temp. 40°1.

23 août. — Temp. 39°1 le soir.

8 septembre. — La fièvre tombe et l'écoulement diminue. L'appétit revient et l'état général s'améliore.

9 octobre. — La cicatrisation avance lentement. Bon état général ; apyrexie.

29 novembre. — Le patient rentre chez lui avec une fistule qui secrète un peu. Etat général bon.

Revu en août 1898. La fistule persiste. Etat général assez bon.

OBSERVATION XVIII

Spermatocystectomie droite. Castration. Guérison.
(Voie périnéale).

GUELLIOT. *Presse médicale* 1898, N° 33.

Cette observation remonte au 17 juin 1895. Le sujet est un maçon de 20 ans, sans antécédents héréditaires. En 1894, poussée aiguë d'épididymite gauche laissant après elle un noyau au niveau de la queue. Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital (1895), invasion brusque de l'épididyme droit et formation d'un abcès qui est ouvert en arrière du scrotum. L'épididyme est volumineux et dur ; le testicule lui-même est gonflé. Le lobe droit de la prostate est un peu gros ; la vésicule correspondante est dure et augmentée de volume.

A cause de la marche rapide de la tuberculose, de son unilatéralité, de l'intégrité des autres organes, je me crois autorisé à pratiquer une extirpation totale.

Le testicule est enlevé avec toute la portion scrotale et ingui-

nalé du canal déférent ; puis je fais une large incision prérectale, prolongée à droite jusqu'en arrière de l'anus. Après incision du releveur de l'anus et déchirure avec le doigt des tissus profonds, je fais basculer la vésicule que j'isole ; je lie le pédicule au ras de la prostate et je résèque la vésicule. Drain à droite de la prostate ; gaze iodoformée. Deux sutures. Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°. La plaie péritonéale se ferme assez vite, plus vite que la plaie scrotale, qui suppure en un point où la peau était amincie.

En novembre 1895, ce jeune homme quitte Reims pour retourner dans son pays. Au toucher rectal, on sent à la corne droite de la prostate un noyau dur, correspondant à la section de la vésicule.

En mars 1896, huit mois après l'opération, la guérison se maintenait.

OBSERVATION XIX

Stermatocystectomie droite. Castration du même côté. Epididymotomie et curettage à gauche. Prothèse testiculaire. Mort.

GUELLIOT. *Ibid.*

Un charretier de 34 ans entre à l'Hôtel-Dieu de Reims le 10 octobre 1896, pour une tuberculose génitale.

A droite, épидидyme volumineux et bosselé ; testicule augmenté de volume, mais régulier ; vésicule correspondante volumineuse et faisant saillie dans le rectum. A gauche, noyaux multiples dans l'épididyme. Les organes profonds paraissent sains. Malgré le traitement général, les lésions s'accroissent et le 4 novembre 1896, je pratique, en une seule séance, les opérations suivantes :

- 1° Castration à droite ;
- 2° Épididymectomie et curettage des foyers à gauche ;
- 3° Stermatocystectomie droite par la même incision que dans l'observation précédente (incision prérectale prolongée à droite

jusqu'en arrière de l'anus), mais ablation de la vésicule par morcellement.

4^o Prothèse testiculaire.

Le tout a duré une heure trois quarts. On a laissé deux pinces à demeure, qui sont enlevées le lendemain. Il persiste une petite fistule périnéale.

Le 28 janvier 1897, l'opéré meurt rapidement d'une tuberculose pulmonaire aiguë, deux mois et demi après l'opération.

Autopsie. — L'autopsie était particulièrement intéressante, puisqu'elle permettait de se rendre compte du résultat de l'opération.

La vésicule gauche est élargie, molle, lisse et remplie de matière caséeuse ; la même matière se trouvait dans une bosselure du canal déférent ; enfin, toujours à gauche, un petit noyau prostatique.

OBSERVATION XX

Extirpation des vésicules séminales tuberculeuses six semaines après une castration droite (goie périnéale)

SCHEDÉ (de Hambourg) In Guédroytz. *Loc. cit.*, p. 241.

Le patient, étant châtré du côté droit, fut atteint, six semaines après, d'une vésiculite tuberculeuse. L'opération fut faite par incision pararectale et démontra que les deux vésicules séminales étaient atteintes de tuberculose à un fort degré. Les vésicules extirpées, on fit une incision du côté gauche du scrotum, et on trouva que la partie périphérique du canal déférent, ainsi que l'épididyme, était intacte, la tuberculose étant descendante.

Deux mois après l'opération, le patient quitte le service avec une raie de granulations sur le périnée.

OBSERVATION XXI

Castration double et extirpation complète des vésicules séminales et des canaux déférents pour tuberculose (voie périméale).

ROBERT WEIR. *Medical record*, 1894, août 11, n° 6, vol. 46, p. 163-164.

Ferdinand R..., âgé de 28 ans, est admis à New-York Hospital, le 19 octobre 1892.

Il avait eu dans son enfance, et à son dire, une « inflammation » des poumons. De 14 à 16 ans, les ganglions du cou augmentèrent de volume, mais aucun d'eux ne suppura.

Il y a 4 ans, il a eu une blennorrhagie qui a duré six mois; il y a 3 ans, deuxième blennorrhagie. Depuis lors, il a gardé un léger écoulement intermittent.

Il y a six mois, son testicule gauche enfla et devint gros comme une orange. Il était très douloureux. Grâce à des applications de glace et de compresses froides, et le repos aidant, le testicule diminua de moitié et a persisté dans cet état jusqu'à aujourd'hui.

Il eut alors une grande irritabilité vésicale, avec besoin impérieux d'uriner toutes les cinq minutes; à la fin de chaque miction, il voyait sourdre par le méat quelques gouttes de sang.

Deux mois après (il y a donc quatre mois); le testicule droit fut pris de la même manière et, depuis trois mois, les deux glandes ont les mêmes dimensions. Depuis deux mois, l'irritabilité vésicale est moindre et le malade n'est forcé d'uriner que toutes les heures.

L'état général est très bon, aucun antécédent dans la famille.

Le jour de son entrée, l'urine est jaune, acide, marquant 10 % d'urée, avec trace d'albumine et de sang.

Examen : des deux côtés, l'épididyme est enflé; les globus major et minor sont augmentés de volume et réunis par une

masse dure. La pression est douloureuse. La peau est intacte. Les canaux déférents sont gros, plus à droite qu'à gauche. La vésicule séminale droite est très augmentée de volume; on sent également un noyau dans le lobe correspondant de la prostate.

On trouvait des bacilles de Koch dans l'urine, mais à chaque fois seulement que, par le rectum, on exerçait une pression sur la prostate.

La vésicule séminale et la prostate étaient ainsi considérées comme les foyers de la maladie et dans l'espoir que, ces organes étant enlevés, la vessie serait à l'abri d'une invasion permanente de microbes, nous proposons et pratiquons une opération radicale.

Le malade est endormi à l'éther. Nous faisons à droite une incision allant depuis la partie inférieure du scrotum jusqu'au dessus de l'anneau inguinal. Le canal inguinal est ouvert, le testicule et le canal déférent mis à nu et séparés des autres éléments du cordon jusqu'à l'orifice inguinal interne.

Le testicule est ramolli par endroits et ça et là, on voyait de multiples cavités pleines de pus. Le canal déférent paraissait indemne.

On met une ligature sur les vaisseaux du cordon, et on les sectionne aussi haut que possible. Ici, par mégarde, le péritoine a été ouvert sur une étendue de plus de 1 cent.; la déchirure est cernée par un surjet. Cet incident est dû aux tentatives de décollement du péritoine de la face externe de la vessie, dans la poursuite du canal déférent.

A gauche, nous faisons la même incision qu'à droite. Nous lions et sectionnons les vaisseaux aussi haut que possible.

Ainsi, de chaque côté le testicule était libre et suspendu à son déférent.

Puis nous plaçons le malade dans la position de la taille, afin de pratiquer l'opération de Roux. Nous faisons alors une incision curviligne qui partant, de l'un des côtés de l'anus, contourne cet orifice en avant pour rejoindre le côté opposé au même point. Nous sectionnons le tissu dans le tracé même de notre

incision, jusqu'à ce que la prostate et la paroi vésicale aient été mises à nu. Nous sectionnons transversalement la forte aponévrose qui relie les vésicules à la vessie, ce qui donne accès sur l'ampoule du canal déférent et la vésicule séminale.

Nous disséquons alors la vésicule droite que nous séparons ainsi de la vessie; nous l'extirpons, ainsi que la portion malade de la prostate, puis la vésicule du côté opposé.

Par les plaies scrotales, nous enlevons les testicules et la totalité des canaux déférents. Nous suturons alors les lèvres de l'aponévrose du grand oblique pardessus une mèche de gaze iodoformée; puis nous fermons les plaies au catgut également.

La plaie périnéale est tamponnée avec la gaze iodoformée, et fermée avec quatre points de suture, deux de chaque côté de l'anus. Pansement humide. Le malade se réveille dans de très bonnes conditions.

Suites opératoires.— Pendant les quatre premières semaines, la miction s'est faite normalement et les bacilles avaient disparu des urines; mais cette amélioration était due à un trajet fistuleux qui, partant du périnée, allait à la prostate, et qui persista pendant sept semaines.

Puis l'irritabilité vésicale recommença, le malade était soulagé par des injections de glycérine iodoformée à 10 p. o/o.

Sept semaines après l'opération, les trois plaies étaient complètement cicatrisées. Depuis, j'ai perdu le malade de vue.

OBSERVATION XXII

Orchi-épididymite tuberculeuse gauche. Tuberculose de la vésicule séminale correspondante. Castration. Vésiculectomie partielle.

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Chavannaz (de Bordeaux).

Le nommé Jeu G..., âgé de 28 ans, maréchal-ferrant, entre à l'hôpital Saint-André le 25 avril 1898, dans le service de M. Baudrimont, pour une tuméfaction douloureuse, siégeant

au niveau du testicule gauche. Depuis 7 ou 8 ans, le malade avait remarqué que le testicule gauche était un peu plus gros qu'auparavant; mais il ne s'était pas inquiété de cette modification.

Au moment de l'entrée, les phénomènes douloureux étaient très marqués, et la tuméfaction de la bourse gauche avait très sensiblement augmenté. Sous l'influence du repos et l'application d'onguent napolitain, les accidents se calment. Cependant, l'amélioration est plus apparente que réelle, et bientôt on doit pratiquer une incision; quelques jours après, une autre incision est nécessaire. En juin 1898, on procède à un curettage.

Au mois d'août suivant, nous sommes appelé à suppléer M. Baudrimont, et c'est alors que nous examinons le malade. C'est un sujet amaigri, qui tousse fréquemment. L'auscultation ne permet pas cependant de déceler de lésion pulmonaire bien nette; tout au plus peut-on penser qu'il y a induration des sommets.

Le testicule et l'épididyme gauches sont confondus et forment une masse du volume d'un gros œuf. La peau présente trois orifices fistuleux. Le canal déférent n'est pas sensiblement augmenté de volume. La prostate n'est pas hypertrophiée; sa consistance est normale. La vésicule séminale gauche est comme injectée; elle est dure, et presque du volume du petit doigt. La vésicule séminale droite, de même que le testicule correspondant, sont indemnes.

Il n'y a pas de troubles urinaires.

Le malade demande instamment à être débarrassé de son affection. En nous basant sur la limitation, au moins apparente, des lésions, nous nous décidons pour la castration avec ablation de la vésicule séminale correspondante.

Le 27 août 1898, après précautions antiseptiques d'usage, le malade est endormi et nous commençons par pratiquer la castration du côté gauche. Le cordon est sectionné le plus haut possible, sans cependant pénétrer dans le trajet inguinal. Ligature du pédicule; suture cutanée; drain à l'angle supérieur de

la plaie. Le malade est ensuite placé dans la position de la taille. La vessie est légèrement distendue par deux cent grammes d'eau boriquée; un cathéter métallique est introduit dans l'urèthre.

Incision prérectale allant, en largeur, d'un ischion à l'autre. En incisant prudemment suivant cette ligne, le rectum est décollé, isolé peu à peu.

Section des fibres antérieures du releveur de l'anús. En s'aidant de valves vaginales longues et très étroites, on arrive au-dessus de la prostate, et, après section du ligament de Carcassonne, la vésicule séminale gauche se montre blanchâtre et un peu plus volumineuse que l'examen clinique ne l'avait fait supposer. Elle est isolée prudemment des organes voisins; elle adhère encore un peu par sa face antérieure et, pour par-faire sa dissection, nous la saisissons avec une petite pince de Museux; mais, à ce moment-là, elle se rompt en donnant issue à du pus caséux. La partie libérée est excisée à l'aide des ciseaux. Ce qui en reste est curetté avec soin. En raison de la souillure du champ opératoire, un lavage est pratiqué avec de la liqueur de Van Swieten, puis la plaie est touchée avec la solution de chlorure de zinc à 1/10. Une mèche stérilisée est introduite dans la plaie périnéale et deux points de suture au crin de Florence rétrécissent de chaque côté de la mèche l'incision prérectale. Pansement stérilisé.

L'opération a été un peu longue; mais la perte de sang a été insignifiante; une seule ligature a été nécessaire.

Le 28 août, le malade a uriné difficilement. Le pansement est un peu souillé de sang; la mèche périnéale est remplacée par une autre un peu moins volumineuse, afin de moins gêner la miction. Le malade est constipé, à l'aide de 0 gr. 06 centigrammes d'extrait thébaïque. Il n'y a pas de douleur. L'état de l'opéré est satisfaisant.

Le 30 août, changement de pansement. Pas de température.

Le 2 septembre, la plaie périnéale suppure légèrement. Par mesure de précaution, nous enlevons les quatre crins de Florence qui brident les angles de l'incision cutanée.

Le 4 septembre, la plaie bourgeonne bien. Le malade prend 30 grammes d'huile de ricin, car il n'est pas allé à la selle depuis l'opération. Après le pansement, frisson violent et la température s'élève le soir à 39°.

Le 5 septembre, la température reste encore élevée : 38°8 le matin et 39°4 le soir.

Le 15 septembre, le toucher rectal montre que les tissus périnéaux paraissent s'être bien recollés; il n'y a pas d'induration et la pression du doigt rectal n'est pas douloureuse; mais cette pression amène l'écoulement d'environ une demi-cuillerée à café de pus. Une toute petite valve vaginale est alors introduite dans la plaie et elle montre tout au fond un petit orifice dans lequel s'enfonce très facilement un stylét jusqu'à une distance de 3 centimètres. Un petit drain est alors placé dans ce trajet; une mèche stérilisée est mise dans la partie la plus superficielle de la plaie.

Le 23 septembre, il y a quelques signes de cystite, qui cèdent rapidement à un traitement approprié.

Le 29 septembre. — Les plaies sont presque comblées; il persiste seulement à leur niveau une petite zone non épidermée. Pas de douleurs en allant à la selle. Pourtant le malade dit qu'il se sent un peu fatigué, qu'il a pris froid. L'auscultation montre des craquements humides sous la clavicule gauche.

Le 6 novembre. — Les incisions sont totalement cicatrisées. Le toucher rectal montre la prostate et la vésicule droite saines; on ne trouve pas trace de la vésicule gauche. Souplesse parfaite de toute la région périrectale.

Urînes claires; 3 à 4 mictions par 24 heures.

Malheureusement, les craquements humides persistent sous la clavicule gauche, et il y a en arrière et à droite quelques râles de bronchite.

Le malade quitte l'hôpital et rentre dans sa famille.

Nous avons appris qu'il avait succombé chez lui, le 12 janvier 1899; mais nous n'avons pas eu de détails sur la cause de la mort. Celle-ci, selon toute vraisemblance, doit être attribuée

aux progrès de la tuberculose pulmonaire qui, douteuse au moment de notre premier examen, avait pris, après l'opération, une allure rapidement envahissante.

OBSERVATION XXIII

Tuberculose du testicule, de l'épididyme, du canal déférent et de la vésicule séminale du côté droit. Ablation totale. Guérison.

BAUDET et KENDIRDJY. *Gaz. des hôpitaux*, 15 octobre, 1898, n° 118. Revue générale.

N..., Julien, 17 ans, papetier.

Antécédents héréditaires : père et mère inorts de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : rougeole, à 5 ans; attaque de rhumatisme articulaire aigu à 13 ans. Pas de blennorrhagie, ni de syphilis.

Le 15 juin 1898 il entre à l'hôpital Ricord, une première fois dans le service de M. le Dr Queyrat, salle 8, lit n° 13.

Le testicule droit avait grossi depuis trois semaines. Le scrotum était rouge et chaud ; la pression de la glande, douloureuse. Il n'y avait pas de douleur spontanée. On constate, à l'examen, que le testicule est volumineux, mais non bosselé. La tête de l'épididyme est grosse, irrégulière, dure, douloureuse. La tuméfaction s'étend jusque vers la queue en s'effilant.

Au niveau du cordon, le canal déférent est augmenté de volume.

Léger épanchement dans la vaginale.

Les organes du côté gauche sont sains.

Le toucher rectal permet de sentir une prostate un peu bosselée et une vésicule droite grosse comme une petite noix, mais un peu allongée. Elle est dure, bosselée, bien délimitable

des parties voisines. Elle est séparée par un sillon de la partie terminale du canal déférent, qui est gros et moniliforme, sur une étendue assez considérable, aussi haut que le doigt peut l'atteindre.

La pression dans tous les points est peu douloureuse.

Il n'existe pas trace d'écoulement urétral et le malade déclare, du reste, qu'il n'a jamais eu le moindre suintement.

L'examen des viscères reste négatif. La température est un peu élevée : 38°4 le soir. Les phénomènes restant stationnaires, la douleur étant à peu près nulle, le malade quitte l'hôpital le 6 juillet.

Le 18 juillet 1898, il revient à l'hôpital Ricord et entre dans le service de M. le Dr Humbert, salle 4, lit n° 20.

Le scrotum, rouge et tendu, adhère à la partie antérieure du testicule. La queue de l'épididyme, indemne autrefois, est grosse et bosselée : il existe là un abcès qui menace de s'ouvrir.

Au toucher rectal, la vésicule séminale et l'extrémité terminale du canal déférent sont plus grosses qu'auparavant, le sillon qui les séparait a disparu.

Pas de douleur très vive en aucun point; pas d'écoulement urétral, pas de troubles fonctionnels. Le malade est pâle, mais ne présente pas de lésions pulmonaires ou ganglionnaires appréciables.

Opération le 23 juillet 1898. Anesthésie chloroformique. Durée de l'opération, une heure et demie. Le malade est placé dans le décubitus dorsal. On trace une incision semi-elliptique, contournant l'anus à droite; elle dépasse la ligne médiane en avant. On incise tout le tissu cellulaire et on fend la graisse ischio-rectale à droite. On tombe sur les faisceaux moyens du rectum, que l'on sectionne. Du côté gauche, on opère les mêmes faisceaux en disséquant un peu les tissus qui les recouvrent, et on les saisit entre les doigts, le pouce gauche placé sous la boutonnière-musculaire droite, les doigts protégeant le bulbe; l'aide tire sur le rectum.

On sectionne alors tous les tissus prérectaux jusqu'à ce qu'on

arrive sur les faisceaux antérieurs. Cela fait, on effondre avec le doigt, dirigé en haut et en avant, le tissu cellulaire de l'espace prérectal compris entre les deux releveurs et on fait successivement apparaître la prostate, les deux vésicules séminales et le cul-de-sac péritonéal.

La vésicule droite est volumineuse et indurée. On sectionne alors les faisceaux antérieurs du releveur droit, son aponévrose supérieure, et les vaisseaux hémorroïdaux moyens (lame sagittale recto-prostatique); puis on pratique l'hémostase des vaisseaux qui ont échappé à la forcipressure préventive.

Nous passons alors le doigt dans la courbe du canal déférent et, remontant assez haut sur la paroi pelvienne, nous le ramenons vers nous. Nous plaçons sur lui une forte soie et nous le sectionnons au-dessous. Puis, saisissant son bout central dans la main, nous fixons ainsi la vésicule et l'aponévrose: nous fendons la lame vésiculaire sur sa face postérieure et nous introduisons le doigt pour décoller la vésicule de la capsule.

Nous sectionnons l'espace interdéférentiel le long du canal déférent droit, pénétrons dans la prostate et coupons le canal et le col de la vésicule dans l'intérieur de la glande. Il existe là un petit foyer caséeux, que nous évacuons.

Nous pratiquons un léger tamponnement et fermons la section prostatique par un sujet à la soie fine.

Nous recherchons le bord interne du releveur droit et de son aponévrose et nous les suturons par cinq fils de soie à leurs insertions rectales. Nous fermons la plaie périnéale par des sutures superficielles et profondes à la soie, un petit drain est placé en avant du rectum.

Ce premier temps de notre opération terminé, nous pratiquons séance tenante la castration du testicule droit. Nous ouvrons le canal inguinal et allons à la recherche du canal déférent, que nous isolons rapidement et ramenons à nous avec le fil placé à son extrémité (pelvienne) sectionnée.

Nous plaçons une ligature en chaîne sur le cordon et enlevons tout l'organe génital avec un morceau de la peau scrotale à cause de l'abcès qui faisait saillie à ce niveau.

Nous refermons la plaie inguinale par un seul plan de suture qui prend à la fois l'aponévrose du grand oblique et les deux muscles petit oblique et transverse. Puis nous fermons la peau de l'aîne et des bourses.

Suites opératoires. Malgré l'extrait thébaïque, le malade a une première selle le 25 ; puis, tous les jours suivants, il fait dans son pansement. Aussi, le 26, la plaie, qui était en parfait état, se désunit un peu au niveau du creux ischio-rectal. Le 6 août, la réunion est achevée.

Le lendemain de son opération, le malade a laissé couler du sperme par l'urèthre. Cet accident ne s'est pas reproduit. Pendant quatre jours, on a été obligé de le sonder.

16 août. — Le malade a engraisé, les deux plaies sont réunies. Le toucher rectal ne montre rien de particulier et ne provoque aucune douleur.

Examen des pièces. Le testicule est gros, anémié, mais sain à la coupe.

L'épididyme est farci de foyers caséux ; il présente un abcès au niveau de la queue. Le canal déférent a une longueur de 31 centimètres, dont 23 pour la portion testiculaire, et 8 pour la portion vésiculaire. Il est renflé en deux points : à son extrémité terminale, il est gros comme le pouce et farci de points caséux et de granulations jaunes. La vésicule présente le même volume. Elle est également remplie de foyers caséux.

OBSERVATION XXIV.

Tuberculose de l'appareil génital droit avec tendance à la généralisation du côté opposé. Castration du testicule droit. Extirpation des deux vésicules séminales.

Dûe à l'obligeance du Dr BAUDET, ancien interne des hôpitaux.

R... Jacques, âgé de 22 ans, bijoutier, entre à l'hôpital parce que son testicule droit est gros.

Le début remonte à deux mois environ, le malade s'aperçut que son testicule droit avait en peu de jours augmenté considérablement de volume, qu'il était devenu gros comme un œuf, sans, pour cela, avoir éprouvé aucune douleur, ni de la fièvre. Le testicule était toujours mobile et roulait facilement dans les bourses, et le malade ne s'en préoccupait même plus lorsque, à la fin du mois dernier, vers le 25 novembre, il s'aperçut que son testicule continuait encore, après un assez long temps d'arrêt, à augmenter de volume, et que, outre cela, la peau devenait rouge, turgescence et adhérente à ce testicule, et qu'elle semblait devoir bientôt l'ouvrir au dehors. A ce moment, le malade, effrayé de tous ces symptômes qui menaçaient de s'aggraver de jour en jour, alla consulter à l'hôpital Saint-Louis, où aucun diagnostic ne fut posé et, le lendemain 29 novembre 1898, entra à l'hôpital Ricord dans le service de M. le Dr Alex. Renault où il resta pendant une quinzaine de jours, avant de passer dans le service de M. le Dr Humbert.

Il y fut soigné pour une orchite blennorrhagique dont il présentait tous les symptômes ; mais le diagnostic fut plus réservé par la suite, lorsque, par un interrogatoire et un examen plus approfondis, on s'aperçut qu'il n'y avait aucun écoulement, et que cette orchite revêtait une forme spéciale pouvant faire penser à un état général défectueux ; aussi lui donna-t-on de l'huile de foie de morue.

15 décembre. — Actuellement, le testicule droit est gros comme le poing et n'a nullement diminué de volume depuis son entrée à l'hôpital. Le testicule droit est dur, bosselé et a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure ; son pôle inférieur est bosselé, gros comme un œuf de dinde ; l'une de ces bosselures est constituée par un abcès situé immédiatement sous la peau ; en dehors existe un autre abcès qui semble indépendant du premier ; au-dessus, la queue de l'épididyme présente un volume considérable.

L'épididyme est gros, dur, bosselé, (gros comme une éminence thénar), et recouvre le testicule qu'il empêche d'explorer.

Le canal déférent ne présente rien de particulier dans la région inguinale.

On trouve quelques ganglions inguinaux situés à la partie supérieure du triangle de Scarpa.

Au toucher, on trouve un corps dur, volumineux, roulant sous le doigt.

La prostate est grosse dans sa partie médiane; à droite, forme un relief dur, non élastique, du volume du pouce; à sa partie postérieure, elle se continue avec la vésicule séminale droite et remue avec elle.

La vésicule séminale droite présente quelques indurations, sans former de tumeur à proprement parler.

À gauche, l'appareil génital paraît sain dans sa portion inguino-scrotale. Au toucher, on sent une induration moindre qu'à droite, qui paraît être la terminaison du canal déférent.

Le malade présente en outre une ankylose de la jambe gauche fléchie à 45° environ sur la cuisse, due à une ostéo-arthrite consécutive à une chute qui eut lieu à l'âge de 13 ans; elle fut suivie d'abcès qui nécessitèrent des ouvertures dont on voit encore les cicatrices: l'une siégeant à la partie inféro-externe de la cuisse; l'autre à la partie supéro-interne de la jambe.

Le malade fut soigné pour cela dans le service de M. Faucher, à l'hôpital de la Charité, à Lyon.

Le malade n'a jamais toussé, et dans sa famille on ne relève, aucun accident tuberculeux; il a craché le sang, il y a un mois environ et présente des sueurs profuses assez souvent la nuit, surtout depuis quelque temps.

Diagnostic : Tuberculose de l'appareil génital droit avec tendance à la généralisation du côté opposé.

Opération le 20 décembre 1898. Anesthésie chloroformique. Durée: une heure. Incision en Y renversé de la peau, des deux fosses ischio-rectales et du tissu périnéal antérieur. Incision du releveur droit dans sa partie médiane et du raphé ano-bulbaire; pour cela, le doigt (index) passé par-dessus le faisceau antérieur

du releveur, presque contre le raphé, sert de guide au bistouri qui incise ce raphé.

Effondrement du tissu prérectal.

Section du releveur et des lames sacro-recto-génitales et du pédicule hémorroïdal moyen. Section en échelon sur des pinces de la lame prostato-péritonéale. Tentatives pour accrocher l'anse du canal déférent avec l'index en crochet ; cela fait, je dégage aussi haut que possible contre la paroi pelvienne le canal déférent et je le coupe après avoir passé une ligature aussi haut que possible (catgut).

Me servant de l'anse sectionnée, je pratique des tractions sur la vésicule ; je dégage le fond, puis le bord interne et avec les ciseaux la coupe ras du col, avec le canal déférent, non pas cette fois dans la prostate, mais contre la prostate. Le lobe droit prostatique est gros comme une petite noix.

Une bougie est placée dans l'urèthre, puis j'incise une tranche de prostate, parallèle à la face postérieure perpendiculaire aux éjaculateurs. De la matière caséeuse se montre aussitôt. J'enlève à la curette toute cette matière qui est grosse comme un gros pois, en dépassant largement les tissus malades. La prostate du reste s'effrite assez facilement. Puis je ferme cette brèche prostatique avec un catgut.

Le canal déférent gauche me paraît induré. J'extirpe la vésicule gauche, et le canal déférent du même côté sur une très petite longueur.

Le canal est gros, induré ; il sort non pas de la lumière, mais de la paroi un liquide crémeux.

Je refais les plans périnéaux droits, en suturant principalement le faisceau antérieur du releveur du rectum, d'abord, puis je place un seul fil sur le faisceau latéral. Je place un troisième fil sur le tissu graisseux adhérent au rectum, à la graisse ischio rectale. Puis suture des plans superficiels. Gaze iodoformée dans l'espace prérectal. Je laisse un espace vide sans suture large comme une pièce de deux francs.

2^e temps. Ablation du testicule droit et de tout le cordon (portion funiculaire).

Je n'ouvre même pas la gaine du cordon, ni les enveloppes communes de la cloison l'envahissement tuberculeux s'étant fait à travers la cloison. La loge du testicule gauche est ouverte.

J'en profite pour palper le testicule et les annexes.

Rien d'anormal.

Suture, pansement.

Réflexions I. J'ai enlevé la vésicule gauche et la terminaison du canal déférent de ce côté, parceque :

1^o Le canal me paraissait malade.

2^o Pour prévenir une tuberculose ascendante.

II. J'ai laissé la portion inguinale et iliaque du canal déférent parceque le malade était pâle et avait eu un pouls assez faible à plusieurs reprises. J'ai voulu terminer vite.

21 décembre 1898. — Le malade a été très agité pendant la journée. On lui donne 10 centigrammes d'extraît thébaïque.

La nuit a été bonne, cathétérisme pour retirer l'urine.

La matin du 21 décembre le malade est en excellent état. Il a vomi et se plaint d'avoir soif.

22 décembre 1898. — Le malade est calme, il urine seul. Langue saburale. Régime lacté.

On refait le pansement. Le pansement est imbibé de sérosité sanguinolente. Je retire la mèche, et la remplace par un drain de moyen calibre que j'entoure de gaze iodoformée.

Nouveau pansement.

OBSERVATION XXV

Tuberculose testiculaire gauche. — Extirpation des voies génitales par incision inguinale.

Due à l'obligeance de MM. VILLEMIN et DUVAL.

Petit, Jean-René, deux ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 3 avril 1900, dans le service de M. le pro-

fesseur Lannelongue, salle Baffos, n° 4, pour une tuberculose testiculaire gauche.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu, mère bien portante, ne semble pas en puissance de tuberculose, pas d'autres enfants.

Antécédents personnels. — Depuis sa naissance l'enfant a toujours été malade. son allaitement a été difficile, il était nourri au biberon.

A un an et demi, il contracte la coqueluche, celle-ci évolua normalement sans complication pulmonaire. L'enfant contracte la rougeole, puis dans sa convalescence une broncho-pneumonie.

Histoire de la maladie. — Il y a un an que la mère s'est aperçu de l'affection testiculaire, la bourse a grossi, la peau est devenue rouge, très douloureuse, l'enfant fut conduit à Tenon où on lui incisa un foyer abcédé. La cicatrisation s'est faite au bout de six mois seulement, il persistait jusqu'alors une fistule donnant à peine quelques gouttes de liquide citrin.

Depuis l'enfant semble avoir subi un arrêt dans son développement ; il ne parle pas, et comprend difficilement, il ne marche pas, sans présenter toutefois de malformation des membres inférieurs.

Examen. — La bourse gauche présente à la partie postéro-inférieure externe une cicatrice adhérente à la queue de l'épididyme.

Le testicule dans son ensemble est deux fois plus gros que l'opposé, bosselé sans foyers ramollis. L'épididyme triplé de volume, est gros surtout au niveau de sa queue ; un gros noyau englobe le globus minor et le segment initial du canal déférent.

Pas de liquide dans la vaginale.

Le canal déférent est gros, bosselé légèrement, on le sent jusqu'à l'anneau inguinal, et peut être dans le canal.

Toucher rectal. — Ne fournit aucune donnée positive.

Examen général. — Cicatrice de tuberculôme sous-cutanée, guéri, à l'avant-bras gauche.

Le système ganglionnaire semble intact.

Poumons. — Auscultation négative.

Os et articulations sans lésions.

Le 4 avril: — Extirpation des voies génitales par incision inguinale. Incision sur le trajet inguinal et parallèlement à lui, mais empiétant de 1 centimètre 1/2 sur le funicule.

Section du grand oblique, section du petit oblique et du transverse.

Le canal déférent est isolé dans le trajet inguinal même, séparé du processus péritonéo vaginal atrophié. Suivant le déférent, on arrive sur le testicule que l'on extirpe après avoir lié les vaisseaux.

Remontant le long du cordon, une large valve refoulant en haut et en dedans la paroi et le péritoine, on isole le déférent de la fosse iliaque, la dissection se poursuit facile jusqu'aux confins de la vessie.

Il faut noter cependant que dans le cours de l'opération, le canal déférent se rompt, à 10 centimètres environ de la vésicule, mais on peut ressaisir facilement le bout central, et continuer sa dissection. La vésicule est attirée, son pédicule lié. Elle est sectionnée aux ciseaux au ras de la prostate, à ce moment, on ouvre le cul de sac péritonéal intervésiculaire, on le ferme par un point de suture.

On touche au thermocautère la brèche prostatique.

Reconstitution de la paroi abdominale, drainage scrotal.

La guérison se fait sans incident, sauf la suppuration d'un crin cutané

La fistule scrotale se comble.

Le 4 mai, veille du départ de l'enfant, la cicatrice est bonne, la paroi solide forme une bande cicatricielle épaisse.

Le testicule droit est gros comme une noisette; régulier, non douloureux.

Le toucher rectal montre que le bas fond vésical est souple, on ne sent pas la vésicule saine, de l'autre côté, on n'a pas la sensation de vide à la place de la vésicule enlevée.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose vésiculaire peut exister seule mais elle coexiste le plus souvent avec la tuberculose testiculo-épididymaire.

II. En général les lésions vésiculaires regressent soit après la castration, soit après les éradications partielles ou totales de l'épididyme, soit même après le traitement conservateur. Aussi ne doit-on pas se hâter d'enlever toutes les vésicules malades et nous élevons-nous contre la castration précoce et totale telle que Roux de Lausanne la préconise.

III. Par contre il est indiqué d'enlever les vésicules tuberculeuses.

α. L'orsqu'elles sont volumineuses et que la régression des lésions n'a pas de tendance à se faire.

β Lorsque les lésions sont suppurées, et dans ce cas, non seulement il est indiqué d'opérer, mais il faut opérer hâtivement.

IV. Ces deux indications opératoires, volume et suppuration, subsistent, que la tuberculose vésiculaire soit isolée ou coexiste avec la tuberculose testiculaire.

V. Les différentes méthodes opératoires appliquées à leur ablation ont toutes donné de bons résultats. Cependant, deux nous semblent mériter la préférence. La voie inguinale et la voie périnéale.

1° La voie inguinale est bonne, mais il faudrait modifier la technique de Villeneuve. Nous avons dit que MM. Baudet et Duval étaient en train de régler une technique nouvelle qui leur a donné de bons résultats. Nous ne pouvons donner des conclusions plus précises avant qu'ils aient publié le résultat de leurs recherches.

2° La voie périnéale est pour nous la méthode de choix, car c'est la plus directe, et celle qui donne le plus de jour.

La section des plans périnéaux offre quelques dangers, mais grâce à la technique parfaitement réglée de la méthode de MM. Quénu et Baudet, ces dangers deviennent illusoires.

Donc dans les cas de tuberculose vésiculaire, qu'il est indiqué d'enlever, nous recommandons de faire cette opération par la voie périnéale en suivant le procédé Quénu-Baudet.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

PAUL BERGER.

Vu : LE DOYEN,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BÉRAUD. — *Thèse d'agrégation*, 1854.
- BAUDET et KINDIRDJY. — *Gaz. des Hôp.*, 15 octobre 1898.
- BAUDET. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 18 févr. 1900.
- BROCA. — *Société anatomique*, 1883.
- DELFAU. — Étude sur les tubercules de la prostate. *Thèse*, Paris, 1874.
- DIMITRESCO. — De l'épididymectomie partielle ou totale dans la tuberculose primitive du testicule. *Thèse*, Paris, 1897.
- GUÉDROYTZ, de Béloséroff. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, mars, avril 1899.
- GUELLIOT. — Des vésicules séminales. *Thèse*, Paris, 1883.
— *Presse Médicale*, 20 avril 1898.
- GUYON. — *Journal de Chir. et Méd. pratique*, 1873.
— *Annales des mal. des organes génitaux*, 1891.
- HOWSHIP. — *Aptract. treatise on the complaint that affect of the urine*. London, 1823.
- QUÉNU et BAUDET. — Extirpation du rectum par la voie périnéale. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, octobre 1898.
- LANCEREAUX. — Tuberculose primitive des organes génitaux. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1883.
- PLATON. — Traitement de la tuberculose testiculaire. *Thèse*, Montpellier, 1898.

- PRAT-DUMAS. — *Thèse*, Paris, 1898.
- RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tub.
Thèse, Paris, 1876.
Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 1888.
- RICHET. — Clinique in *thèse* de Mongin, 1873.
— Anatomie topographique, édition 1877.
- ROUX. — *Congrès de chirurgie*, 1891.
- THOMPSON. — Leçons cliniques et traité pratique des maladies
des voies urinaires. Trad. franç. 1874.
- THORENS. — *Bull. de la Société anatomique*, 1872, p. 234.
- VERNEUIL. — De la tuberculisation d'origine traumatique.
Revue mensuelle de méd. et de chirurg., 1877, t. I.
— *Société de chirurgie*, 1871.
- VIDAL DE CASSIS. — *Annales de la Chirurgie Française*, 1844.
- VILLENEUVE. — Epididymo-vésiculectomie. In *Assoc. franç.
pour l'avanc. des sciences*. Marseille, 2^e session, 1891.
- ULLMANN. — *Centralb. für Chirg.*, n° 8.
- R. WEIR. — Double castration and complete, extirpation of
the vésicules séminales and vasa deferenti for Tuberculosis.
In *Medical Record*, 11 août 1894.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
